

PRASSI IN SALUTE GLOBALE: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia

**Túlio Batista Franco
Ricardo Burg Ceccim
A cura di**

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigò Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfico Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Capa

Caminho - Valdir Moreira

Traduções e revisões do português para o italiano

Francesco Sintoni, Brigida Marta e Ardigò Martino

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

A cura di

Túlio Batista Franco

Ricardo Burg Ceccim

PRASSI IN SALUTE GLOBALE:

AZIONI CONDIVISE TRA BRASILE E ITALIA

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

P911 Prassi in salute globale : azioni condivise tra Brasile e Italia
[recurso eletrônico] / a cura di Túlio Batista Franco, Ricardo Burg
Ceccim – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; Bolonha: CSI-
Unibo, 2016.
250 p. : il. – (Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale)

ISBN: 978-85-66659-73-3

DOI: 10.18310/978-85-66659-73-3

1.Cooperação internacional – Saúde coletiva. 2. Educação
permanente – Saúde. 3. Saúde global. 4. Saúde pública – Brasil. 5.
Saúde pública – Itália. I. Franco, Túlio Batista. II. Ceccim, Ricardo Burg.
III. Série.

CDU: 614
NLM: WA100

Copyright © 2016 by
Túlio Batista Franco e
Ricardo Burg Ceccim.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

1° Edizione
Porto Alegre, Brasile/Bologna, Italia – 2016
Rede UNIDA/CSI-Unibo

INDICE

INTRODUZIONE.....	7
L'EDUCAZIONE PERMANENTE IN SALUTE NELL'ESPERIENZA BRASILIANA.....	15
PRATICHE DI RICERCA-FORMAZIONE-INTERVENTO NEL CONTESTO ITALIANO: riflessioni dalle esperienze.....	35
CERCHI IN RETE: la costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione.....	77
CARTOGRAFIA DEL PROCESSO DI LAVORO NELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN SALUTE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA.....	101
LA CASSETTA DEGLI ATTREZZI PER IL LAVORO CREATIVO NELLA GESTIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI.....	127
TEORIA E PRATICA DELLA RICERCA: dall'epistemologia all'attivismo.....	147

CONFLITTO DI INTERESSI TRA MEDICI E INDUSTRIA FARMACEUTICA: un'esperienza di ricerca azione partecipativa con gli studenti di Medicina.....	171
LA COSTRUZIONE DEL LABORATORIO ITALO-BRASILIANO DI FORMAZIONE, RICERCA E PRATICHE IN SALUTE COLLETTIVA COME STRUMENTO DI LAVORO IN SALUTE TRA ITALIA E BRASILE.....	193
APPRENDERE NELLA/CON LA COMUNITÀ: una sperimentazione di estensione universitaria nella formazione in salute.....	223
SUI CURATORI.....	245
SUGLI AUTORI.....	247

INTRODUZIONE

Pensiero-azione, studio-azione, cooperazione-azione: prassi e salute globale

Ricardo Burg Ceccim

Il libro Prassi in Salute Globale, nato dalla cooperazione tra università e sistemi sanitari in Brasile e in Italia, apporta differenti esperienze di ricerca, formazione e contributi tecnici. Il tentativo è quello di documentare azioni di pensiero, studio e cooperazione che non si esauriscono in riflessione teorica e nemmeno rappresentano soltanto registri di esperienze o di condivisioni. Pensiero, studio e collaborazione qui risultano in azioni, ovverosia si collocano in attività: sfidarsi e sfidare gli scambi; smuovere realtà; attivare processi, enunciare idee e progetti; mobilitare incontri, discussioni, persone; far emergere le iniziative. Creazione, innovazione, condivisione, apprendimento collaborativo, composizione di “comunità di attività”.

Un significato innovatore e singolare alle prassi, tradimento di un senso originale qualsiasi per privilegiare l'attività, un pensiero-azione, lo studio-azione, la cooperazione-azione, in una comunità ampliata,

internazionale, a privilegio di reti inedite tra il locale e il globale, a privilegio delle linee trasversali. La parola “prassi” rimette ad “azione”, generalmente situata nel quadro dell’azione riflessiva (azione-riflessione-azione). Per sfuggire da questa trappola che imprigiona la prassi in una pratica riflettuta, disallineata, a volte militante, abbiamo posto il concetto di azione come pratica sempre in atto, sempre dinamica, sempre impegnata con ciò che mette in movimento. Però ora vorrei introdurre la nozione di “attivazione”. Il mettere un “trattino azione” in ogni iniziativa farebbe riferimento ad una iniziativa di fabbricazione/ creazione e non trascrizione/implementazione, una fabbrica di reale-sociale, non la riproduzione meccanica delle “migliori forme”/“migliori pratiche”.

Attivazione, mai ripetizione, ma giammai immobilità. Una volta messa in movimento, la realtà è produttiva. Per il fatto di essere viva e mobile, l’attivazione si riferisce alla potenza creativa e alla produzione di intensità. Attenzione alla parola “attivazione”! Mettere in moto e lasciare che movimenti originali guadagnino forza e vitalità, che entrino in auto-organizzazione (autopoiesi, autopoiesis, azione in poesia). L’attivazione, pertanto, ha un carattere nomade, sovversivo, irriducibile e contrapposto agli Apparati di Stato, ai protocolli e alle normative provenienti dai loro programmi e dalle loro politiche.

Il poeta Mario Chamie definisce così la Prassi:

fare e rifare costantemente le cose, i segni, le persone, le emozioni, i sentimenti, le parole, alla ricerca di nuovi, sorprendenti e contraddittori significati, perché il mondo non è un’inerzia addormentata, il mondo non è una lumaca che ha assunto Lexotan, il mondo è una cosa vigorosa. (CHAMIE, 2006, p.32-33)

Mario Chamie, assieme ad altri poeti brasiliani, ha guidato un movimento letterario definito come poesia-prassi per “tagliare” il “concretismo”, un movimento artistico di avanguardia degli anni ‘50-’60, che ha poi introdotto in poesia negli anni’ 60 la “parola-energia”, indicando un’“attività”, al posto della “parola-oggetto”, che indica una “materialità”. E’ come se fosse l’inversione del contrario, considerando che il Movimento Concretista, rifiutando il caso e il discorsivo, desiderava una pratica, una ragione giusta, un vedere e sentire forti, potenti per il mondo. La poesia-prassi suggeriva un’attitudine-prassi, un posizionamento critico ma traboccante di creatività. Attività di molteplicità. In entrambi i “ritagli”, tuttavia, prassi di intensità!

Ricerca, formazione e contributi tecnici in salute rappresentano, per noi, campi di iscrizione di movimento. Spazi di incontri multipli e intensivi, in contrapposizione ad un quotidiano in salute che investe nelle tecniche e nelle strategie normative, impositive, che spesso soffocano i flussi di vita. Allontanandoci dall’idea di una sanità addormentata e placida, ricerchiamo intensità e molteplicità, saturazione delle forze del ripetitivo che quindi irrompe in differenza, ricomposta con altre forze, ma debordante e creativa. Ricerchiamo le forze nella scoperta e nell’instaurarsi di processi – nuovi, inediti, non possono essere previsti o predetti. Ricerca, formazione e contributi tecnici in salute che analizzano le potenze in gioco, l’azione che genera nuovi modi di relazionarsi alla conoscenza (di sé e degli altri) e di accogliere le miriadi di “salute” esistenti e possibili. Se ancora vige un immaginario di salute come erogazione di prestazioni altamente tecnologiche, dove gli utenti sono considerati a partire dai parametri biologici, con il processo salute-malattia costruito dalla prospettiva della “storia naturale” e dove l’ospedale è considerato l’apice di una gerarchia qualitativa di lavoro, per nuovi bisogni di

formazione è necessario pensare non a che cosa o cosa deve, ma a che cosa può una “produzione”: cercare la potenza, sollevando questioni, investigando le realtà e interrogando paesaggi, nella prospettiva di un apprendimento di sé, dell’intorno e dei ruoli sociali (azione, attivare l’azione, attivazione).

Posti i termini di “prassi”, ci si presenta un libro dell’area della salute in cui la realtà è considerata come movimento, processo azionatore di movimenti, straniamento, fastidio, potenza, affinché un collettivo possa differire da se stesso e “ritagliare” nuove pratiche. Ricerca, formazione e contributi tecnici come progetti che cercano, come un agrimensore, di quantificare e topografare movimenti, trasversalità per le reti, forza per nuove modulazioni, potenza e spessore, enunciati di vita emergenti nel lavoro in salute. Allontanatisi dall’inerzia del pensiero e raggiunto l’esaurimento delle forme, si manifesta un disequilibrio da tutte le parti, e per questo affetto, percezione e cognizione saranno in procinto di lacerarsi. Questa è “l’ora della stella” (da un’immagine di Michel Serres o di Clarice Lispector). Dalla stella, l’illuminazione non ha un fuoco centrale, irradia verso tutte le parti, si distribuisce sulla superficie, si sparge e mescola trame inedite e luccicanti. Con superfici mai bagnate dalla luce, altre meno, confusioni seduttive, movenze per allegria (la bellezza degli incontri che attivano potenze, forze di vita).

Il nostro interesse dichiarato è per la produzione di conoscenza, per facilitare lo scambio di teorie, metodologie e azioni in salute globale, per permettere l’implementazione di pratiche trasformatrici di presa in carico e di promozione della salute, con un’attenzione particolare alle esperienze vissute, alle possibilità di pensare e interagire – sia nell’ambito interpersonale, sia in quello istituzionale. Non si contattano lo straniamento

e il discomfort mediante approssimazioni discorsive esterne. La presenza, la pratica vissuta, l’immersione in dialoghi cooperativi e pieni di interrogativi rappresentano forme concrete per produrre il contatto con lo scomodo e, in seguito, la volontà di elaborare concetti e pratiche alternativi per affrontare la sfida della trasformazione. Per occupare lo spazio attivo dell’Educazione Permanente in Salute dobbiamo abbandonare (disapprendere) i soggetti che siamo. Per questo, più che essere soggetti (assoggettati ai modelli egemonici e/o ai ruoli istituiti) dobbiamo essere produzione di soggettività: in costante apertura di frontiere, de-territorializzando ordini di comportamento o di gestione del processo di lavoro.

Gli autori di questo libro sono professionisti che hanno come obiettivo il miglioramento della qualità delle azioni territoriali nei sistemi sanitari; tutti si relazionano con la ricerca, intenti in pratiche di osservazione, accompagnamento attivo ed in prospezione di realtà, documentando movimenti, processi e prodotti; tutti scrivono per poter conversare con altri che osservano, accompagnano e prospettano. Pertanto a loro non interessa prescrivere o assumere proposte di pratiche migliori, metodi più efficaci, conoscenze superiori. Contribuire all’azione in una relazione più organica e quotidiana con la rete di azioni e servizi in salute, con la formazione dei professionisti della salute, con la partecipazione di utenti e attivisti sociali per i diritti e con le trasformazioni della gestione di questo settore. Questa è l’ “opera ultima”, l’interesse genuino. Tutti scrivono a partire dalla propria “sofferenza”, l’esigenza proveniente dallo stare in campo, nell’insegnamento, nella ricerca, nell’interazione con il diverso. Non è “un po’ più di teoria”, è “un po’ più di sperimentazione”. Avendo cominciato con la poesia di Chamie, oso ora quella di Leminski:

Oppi, eden, analgesici,
non toccatemi in questo dolore.

È tutto ciò che mi resta,
soffrire sarà la mia ultima opera. (LEMINSKI, 1994, p.70)

L'interazione "formazione - assistenza - gestione-partecipazione" porta con sé una storia caratterizzata dalla nozione di educazione permanente in salute: presentata qui implicitamente, si manifesterà nel libro. La nozione di Ricerca-Azione-Critico-Collaborativa idem, è il libro. L'attivismo per l'equità, l'inclusione e la trasformazione sociale in difesa di una democrazia forte, egualmente supposto qui, è il libro. È fatto di questo. E per questo si offre questo libro.

A seguito di questa discussione, possiamo dire che il libro tenta la valutazione in territorio, composizione di flussi, prospezione di azioni. Elabora dati di campo, ponendo in corso i propri "esperimenti" attivi in percorsi attivi. Spera di poter contare con agenti di pensiero e interrogativi singolari. Si interessa per coloro che hanno occhi di poeta, potere creativo, ispirazione, raccoglitori degli esseri di vita che vivono tra i luoghi, nei testi, nelle persone. Che bello le grandi teorie, ma queste ci fanno rappresentanti del previsto, non della creazione. Qualcuno deve pur scrivere le "piccole" teorie. Quali cose devono essere incluse in un'azione di salute? Elementi molto piccoli sono riportati soltanto dalle narrazioni delle esperienze. Un libro colloca dimensioni di obiettività, ma chiediamo al lettore di non perdere le minuzie, i dettagli, a cui i testi hanno dato poco.

Manoel de Barros è un poeta delle lezioni apprese, delle cose piccine, di quelle che passerebbero senza essere viste se non ci fosse uno sguardo che imparasse con le

cose, uno sguardo intimo per le piccole cose, invisibili come le nostre sensazioni. Cose che non passano inosservate al poeta, a noi sfuggono, ma è giustamente la poesia (poesis in greco) che è produzione (significa produzione/creazione). La poesia riunisce parola e musica, porta con sé concetti e stati sensibili, si propone evocativa e potente evocatrice di significati. La poesia permette "licenza poetica", lavora con una comunicazione parola-senza-corpo e, nonostante ciò, permette la performance degli incontri (ruota, danza, palco e platea, emozione).

Siamo riusciti a parlare con il destinatario finale dell'azione in salute? Il destinatario di un'azione di salute è colui che la richiede. Chi sono gli attori sociali della salute? Chi ha diritto di enunciare la salute? In che modo si fanno le inclusioni e le esclusioni di opinioni in salute? Chi sono gli agenti di mediazione di pratiche e di possibilità nella conquista per la salute? Mobilizzare e mettere in moto processi; stimolare il dialogo delle azioni educative in salute con le politiche di salute; attivare processi locali di integrazione formazione-assistenza-gestione-partecipazione; stimolare processi di informazione, comunicazione e innovazione in salute; propiziare la sperimentazione e appropriazione degli strumenti di insegnamento-apprendimento e ricerca collaborativa: prassi in salute globale. Questo ci siamo proposti.

Bibliografia

CHAMIE, Mário. Projeto Memória Oral. Entrevista con Mário Chamie. Biblioteca Mário de Andrade, São Paulo, 28 giugno 2006, Disponibili in: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/Depoimento_Mario_Chamie_1256675522.pdf>. Accesso: 23 nov 2016.

LEMINSKI, Paulo. La vie en close. 5ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

L'EDUCAZIONE PERMANENTE IN SALUTE NELL'ESPERIENZA BRASILIANA

*Luciano Gomes
Cristian Fabiano Guimarães
Francesco Sintoni
Túlio Batista Franco*

Introduzione

É molto comune imbattersi nell'idea secondo la quale staremmo attraversando un momento di rivoluzione della conoscenza, in una società nella quale la scienza non rappresenta soltanto una fonte di verità, ma si è trasformata in una delle più rilevanti forze produttive della società. Tutto ciò potrebbe essere identificato, tra gli altri aspetti, dall'immensa quantità di informazioni disponibili, molte delle quali sistematizzate in miriadi di pubblicazioni che generano un sapere di dimensioni colossali. A fronte di questa valanga di conoscenza prodotta, è inimmaginabile che una sola persona possa dominare tutta l'informazione esistente (ed in costante aggiornamento) su un determinato campo della produzione scientifica. Non c'è niente di più logico, pertanto, che specializzarsi sempre di più, al fine di comprendere esaustivamente determinati campi di

applicazione di concetti o tecniche che devono essere integrati al sapere di altri specialisti, quando necessario. C'è da dire, tuttavia, che il dibattito è ampio rispetto a questi temi.

Questo raziocinio, applicato al campo della salute, nel corso delle ultime decadi ha rafforzato elementi organizzativi del modello biomedico, focalizzato su una certa prospettiva del concetto di salute che ha portato ad una frammentazione delle azioni di produzione dell'assistenza tra le varie categorie professionali. Esempi di questa costruzione e dei suoi effetti possono essere rintracciati in diversi capitoli di questo libro. Non è intenzione di questo testo fare una riflessione esaustiva sugli aspetti tecnici e politici relazionati alla concezione di "società della conoscenza", nemmeno delimitare i molteplici effetti di un tale modello sui vari campi di attività delle scienze e della produzione di ricchezza. Tuttavia, cercheremo di fare emergere una delle più importanti ricadute che si verificano sul settore sanitario: la tendenza, identificato un determinato problema, a considerare quasi automaticamente che la sua causa sia da ricercare in una inadeguata conoscenza di saperi specifici e che la soluzione richieda un processo di formazione basato sull'aggiornamento di saperi tecnico-scientifici.

Prendiamo ad esempio due situazioni comuni in cui è ravvisabile tale tendenza. Un dirigente cerca di avviare un programma innovativo nel servizio e, sin dal principio, punta gran parte del suo investimento nella realizzazione di un corso di formazione che abbia determinati contenuti da affrontare allo scopo di fare assumere ai professionisti la "giusta" direzione e la "corretta" comprensione delle politiche che devono essere realizzate. I professionisti dei servizi territoriali identificano certi bisogni di salute che, dal loro punto di vista, esigerebbero una maggior consapevolezza da parte della popolazione rispetto alle determinazioni dei processi di salute e malattia e

propongono un catalogo di attività educative volte alla trasmissione di saperi "scientifici" rispetto a queste questioni. A nostro avviso, in tale atteggiamento sono identificabili due equivoci principali:

1. l'idea secondo cui errori o problemi in ambito sanitario sarebbero riconducibili principalmente a una mancanza di sapere specifico;
2. la convinzione che, una volta conseguito un certo numero di informazioni, le persone modifichino le loro attitudini ed i loro comportamenti.

Una siffatta visione del lavoro in salute rischia di transitare su un crinale scivoloso, caratterizzato da fragilità teorica e posizionamento morale. Fragilità teorica perché la questione dell'educazione in ambito professionale è ristretta ad una visione meccanicista dell'atto di educare, come strumento di trasmissione di sapere che si realizza in maniera verticale, da un soggetto che ha più conoscenza ad un altro che ne ha meno. Posizionamento morale poiché il professionista sanitario, occupando lo spazio di un soggetto depositario di una "conoscenza" sulla vita dell'altro, non può emettere opinioni senza che queste non siano mescolate con i propri valori e desideri, i quali possono non essere compatibili con la realtà o la cultura del paziente.

Il lavoro in salute, dal nostro punto di vista, dovrebbe essere inteso come qualcosa di molto complesso, che necessita non soltanto di teorie capaci di comprenderlo nei suoi aspetti più specifici, ma anche dello sviluppo di strategie che conducano ad azioni più "potenti", atte ad affrontare le enormi problematiche che ci troviamo di fronte. È in questa prospettiva che si pone la sfida di ciò che in Brasile è stato definito educazione permanente in salute.

In questo capitolo cercheremo di presentare le basi teoriche e mostreremo alcuni esempi di quanto questa strategia possa contribuire nel quotidiano dei servizi.

Sulla differenza tra educazione continua ed educazione permanente in salute

Uno sguardo, che prenda in considerazione soltanto le parole nel loro senso letterale, potrebbe suggerire che l'educazione permanente sia sempre stata il cuore delle azioni di tutti gli attori della sanità. Dopotutto, non pochi investimenti sono stati realizzati nelle ultime decadi in processi continui di formazione. Quanti corsi di aggiornamento clinico sono stati realizzati negli ultimi anni, coinvolgendo specialisti in determinati aspetti tecnici e professionali dei più svariati servizi? Quante migliaia di ore di formazione sono già state realizzate coinvolgendo numerosi professionisti, in cui il sapere sulle più disparate aree è stato trasferito agli alunni da professori altamente competenti, allo scopo di qualificare i professionisti?

Non si tratta, qui, di sottovalutare queste numerose attività che, in certe situazioni, apportano contributi importanti. Tuttavia, è essenziale fare una riflessione a partire da alcune osservazioni: oggi sappiamo che, dal punto di vista del paziente, quello che fa sì che le sue esigenze non siano soddisfatte generalmente non ha nulla a che vedere con una carenza di conoscenza tecnico-scientifica da parte del professionista. Nel contesto delle cure primarie, per esempio, ricerche realizzate in Brasile, sia da parte di ricercatori universitari sia da istituzioni governative (CAMARGO et al., 1997), hanno ripetutamente messo in luce la necessità di investire in tecnologie relazionali, dal momento che gli utenti che accedono al servizio ricercano,

per prima cosa, accoglienza e ascolto per ciò che concerne la loro sofferenza, piuttosto che necessariamente un intervento tecnico. Possono i corsi tradizionali, basati sulla trasmissione di determinati saperi, migliorare la qualità delle cure primarie? È possibile apprendere a relazionarsi con l'altro a partire da una ricetta o da una prescrizione?

Ora, se consideriamo che questo non sia possibile, quali sfide devono essere affrontate, e quali sono i provvedimenti più adeguati da adottare? Queste questioni ci portano al cuore del problema rispetto al tema dell'educazione dei professionisti sanitari e richiedono una distinzione concettuale importante: chiamiamo "educazione continuata" le azioni di formazione di carattere continuo che si basano sulla trasmissione di un insieme di saperi sistematizzati, il cui obiettivo è mantenere o aumentare le competenze tecniche dei professionisti senza focalizzarsi sul cambiamento dei servizi. (SANTANA, 2005; MOTTA, 1998) In contrapposizione a tale approccio proponiamo il concetto di educazione permanente in salute, che identifica qualcosa di ben distinto: l'asse principale dell'educazione permanente non è la conoscenza di un determinato problema, ma il quotidiano del lavoro dei professionisti. Si basa sul lavoro in salute, valorizzando la dimensione sensibile dell'atto di prendersi cura nel quale, ad ogni istante, il professionista è chiamato a fare delle scelte sul proprio agire che non dipendono soltanto dai suoi valori etico-politici, ma anche da uno spazio aperto attraversato da una molteplicità di elementi. Perciò, la scommessa insita in questo modo di fare educazione consiste nel considerare questo spazio come possibilità reale di "invenzione-innovazione in atto" di un nuovo sapere a partire dall'azione concreta sulla propria realtà, che può essere oggetto di riflessione e sistematizzazione.

Nella gestione dei casi e nelle relazioni con i pazienti, i professionisti sanitari hanno libertà ed autonomia nel prendere decisioni rispetto a ciò che considerano essere il meglio per ogni situazione. Evidentemente, quindi, anche operando con un certo background teorico e tecnico, il professionista ha un certo grado di libertà nell'approccio al paziente e nella scelta della miglior strategia terapeutica. Questi gradi di libertà, che sono inerenti alla pratica quotidiana dei professionisti, suggeriscono che, in definitiva, siano essi stessi a definire le proprie condotte, difficilmente controllabili da protocolli imposti o da altri attori che non siano direttamente inseriti nella relazione di cura. Questa caratteristica fondamentale del lavoro in salute fa sì che, di fronte a due persone con necessità chiaramente simili che ricercano uno stesso servizio, possano essere assunte scelte distinte e raggiunti risultati differenti: i gradi di libertà mostrano che le azioni dei professionisti possono variare in virtù del modo con cui gli stessi vengono influenzati dai pazienti nell'incontro.

Attivare processi di educazione in atto implica necessariamente di guardare alla dimensione sensibile dell'assistenza e delle relazioni di lavoro, così come ai processi di soggettivazione che occorrono nel quotidiano dei servizi. Questo è fondamentale per poter lavorare nella prospettiva dell'educazione permanente, la quale si propone di utilizzare il lavoro quotidiano in salute come asse portante del processo di riflessione, identificando questo processo come il principale generatore del sapere necessario al lavoro nei servizi sanitari. Questa strategia ci pare essere la più adeguata per aiutare i professionisti a qualificare la loro pratica, poiché considera questi ultimi come soggetti attivi, detentori della capacità di co-produrre interventi e di analizzarli come movimento di produzione di sapere nei servizi.

Allo scopo di formulare una proposta di educazione che andasse incontro alla pratica, l'Organizzazione Pan-Americana della Sanità (OPAS) ha adottato il concetto di educazione permanente negli anni ottanta, al fine di costruire un nuovo approccio alla promozione di pratiche di apprendimento nel quotidiano dei servizi di salute. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994) Secondo Faria (2008) e Ceccim (2005), la concezione pedagogica che orienta le pratiche è quella della pedagogia freiriana (Paulo Freire), nella quale l'atto di educare deve servire come sussidio alla trasformazione della realtà e all'emancipazione dei soggetti.

L'educazione permanente in salute:

[...] è fondata nella concezione di educazione come trasformazione e apprendimento significativo, centrato nell'esercizio quotidiano del processo di lavoro, nella valorizzazione del lavoro come fonte di sapere, nella valorizzazione dell'articolazione con l'assistenza alla salute, alla gestione e alla partecipazione, e nel riconoscimento del fatto che le pratiche professionali vengono definite da molteplici fattori; con vocazione per la multi-professionalità e l'interdisciplinarietà, con strategie di insegnamento contestualizzate, partecipative e orientate alla trasformazione della pratica. (PEDUZZI et al., 2009, p.123)

O ancora:

processo educativo che mette in analisi la pratica del lavoro – o della formazione – in salute, che si permeabilizza alle relazioni concrete che agiscono nella realtà e che permette di costruire spazi collettivi per la riflessione e la valutazione del senso degli atti prodotti nel quotidiano. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.45)

Pertanto, poiché l'esperienza diretta si è mostrata la miglior strategia di educazione in salute, la sfida diventa pensare a strumenti e metodi di lavoro che permettano ai professionisti di analizzarla e rielaborarla in un'ottica di apprendimento.

I processi di soggettivazione nel lavoro e nell'educazione in salute

Il risultato del lavoro in salute è frutto della relazione che si stabilisce tra professionista e paziente. Tali soggetti sono persone con traiettorie ed esperienze di vita distinte che, in questo caso, interagiscono affinché la presa in carico si realizzi. Da questa interazione, semplificando, possono discendere due effetti distinti: il primo, il più desiderabile, caratterizzato da un aumento di autonomia del paziente, si verifica quando gli utenti aumentano la capacità di prendersi cura di loro stessi. Generalmente, gli effetti dell'empowerment hanno ricadute positive anche su altre dimensioni della vita e questo processo avviene quando si produce una relazione di cura in cui professionista e paziente sono co-responsabili delle pratiche assistenziali. Il secondo, meno desiderabile, consiste nello stabilirsi di un circuito di dipendenza che trascende la relazione terapeutica professionisti-utenti, affermandosi come dipendenza di questi ultimi ai servizi sanitari. In alcuni casi, tale situazione prefigura un importante elemento di cronicizzazione indotto/prodotto dal servizio stesso. Anche la dipendenza finisce col riprodursi in altre dimensioni della vita del paziente, diminuendo la sua capacità di prendersi cura di se e degli altri. Pertanto è allo stesso tempo possibile mettere in campo azioni di assistenza che amplino le possibilità di esistenza (quando è associata all'autonomia), così come

altre che le limitino (quando si riproduce il circuito della dipendenza).

La differenza degli effetti del lavoro in salute, in buona parte, passa per processi che stanno nell'ambito della libertà d'azione dei professionisti. Pertanto, non vogliamo fare riferimento ad una responsabilizzazione dei professionisti circa aspetti quali la fornitura di equipaggiamenti adatti, condizioni ambientali adeguate alla realizzazione del lavoro, esistenza di contratti di lavoro che garantiscano stabilità ai professionisti, ecc.. Ciò che vogliamo enfatizzare è il fatto che, a pari condizioni, all'interno dello stesso servizio, in un determinato turno di lavoro, un professionista può realizzare azioni di salute con ricadute molto variabili e quanto questo sia correlato al modo in cui si relaziona con i pazienti. Finalmente, ciò che intendiamo è che, a parità di risorse materiali e strutturali, la differenza la fanno le "risorse soggettive" mobilitate.

Con "soggettivo" non intendiamo identificare elementi fissi e costanti di ogni individuo che determinano l'assunzione di comportamenti reiterati e costanti di fronte a determinate situazioni. Non intendiamo nemmeno richiamare l'idea di qualcosa costituito in una determinata fase della vita di ogni individuo che determina standard di risposta di fronte a certi stimoli. La soggettività è piuttosto qualcosa di "trans-individuale", perché dell'ordine della costituzione di soggetti e di mondi; è individuale, ma anche sociale. Ed è dinamica, si trasforma attraverso le esperienze reali in sinergia con la realtà sociale: a partire dalle esperienze che viviamo nel percorso di vita, produrremo nuove soggettività. Pertanto, riteniamo che la soggettività sia dell'ordine della produzione del desiderio, ammesso che il desiderio sia costruito a partire dalla relazione con il mondo. Dunque è qualcosa di quotidiano, che ci accompagna in ogni momento. L'esperienza dell'incontro lascia sempre

qualcosa in noi che ci modifica. Come un percorso a doppio senso: l'incontro agisce su di noi stimolando la produzione di sapere, allo stesso tempo la nostra esperienza pregressa porta con sé determinate percezioni che modificano il modo attraverso cui comprendiamo la realtà.

Se consideriamo il concetto di soggettività come un elemento importante nello scenario delle pratiche sanitarie, ci apriamo alla possibilità di cercare di comprendere le dinamiche che attraversano il processo educativo e le relazioni di lavoro, operando in un modo che, senza accantonare l'importanza degli aspetti cognitivi, aggrega un nuovo elemento importante ai processi educativi: il desiderio. Con questo, cominciamo a comprendere che la fonte principale di un apprendimento che considera cognizione e soggettivazione (desiderio) sono le pratiche professionali stesse. Gli spazi di lavoro sono pertanto luoghi di apprendimento e di produzione pedagogica.

L'educazione permanente in salute nel contesto brasiliano

Nel 2004 la strategia dell'educazione permanente è diventata una politica del Ministero della Salute in Brasile. Ciò ha permesso la sperimentazione di numerosi dispositivi pedagogici su larga scala, proprio a partire dal lavoro quotidiano nei servizi e considerando la soggettività degli operatori come elemento centrale. Cercheremo di descrivere adeguatamente tale esperienza per comprendere non solo le implicazioni pratiche di questa riflessione teorica, ma anche le ricadute teoriche derivanti da tali sperimentazioni, generate a partire dalla pratica.

Una prima questione che viene generalmente analizzata è: l'educazione permanente è un metodo? Il miglior modo di fronteggiare questa domanda è quello di pensare che non c'è un solo metodo pedagogico adatto ad organizzare l'educazione permanente, ma esistono principi che devono essere tenuti in considerazione. Primo: il discente deve essere attivo nel processo di apprendimento, non un ricettore passivo del sapere; quindi tale educazione si realizza con strumenti della pedagogia attiva. Secondo: non esiste separazione tra educazione e lavoro, poiché ad ogni attività professionale corrisponde un apprendimento; ciò che cerchiamo di potenziare è esattamente questo tipo di apprendimento. Terzo: non facciamo separazione tra teoria e pratica, poiché tutta la teoria implica una pratica e vice-versa.

Per rendere più agevole la comprensione di questi principi, riscattiamo un'idea protagonista negli anni novanta delle proposte di riforma dell'insegnamento medico in Brasile: la pedagogia del fattore di esposizione. In questa proposta, l'esposizione massima del discente allo scenario delle pratiche professionali rappresenta l'asse centrale del processo pedagogico. Nei corsi di laurea sanitari, questa prospettiva ha orientato l'organizzazione curriculare e la costruzione di strategie di insegnamento che hanno avuto come obiettivo principale l'inserimento dello studente negli scenari di pratica reali il più precocemente possibile a partire dal primo anno, sia nei servizi sia nel territorio in cui le persone costruiscono la propria vita. In questi contesti, spetta ai professionisti aiutare a creare le condizioni affinché gli alunni possano sperimentare le pratiche in maniera conforme alle competenze che stanno sviluppando nell'anno accademico frequentato. Gli studenti devono eseguire personalmente l'esperienza, che deve essere adeguata al loro livello di formazione, ed in seguito discuterne con il

proprio professore. Questi, dal canto suo, deve assumere il ruolo di mediatore dell'esperienza, aggiungendo risorse teoriche e tecniche che possano contribuire all'analisi della realtà e a qualificare la riflessione sulla pratica. Tale processo permette al discente di acquisire sempre nuove conoscenze, abilità e competenze. In varie occasioni sono stati coinvolti anche rappresentanti dei pazienti nella pianificazione delle attività di insegnamento, oltre a vari operatori del servizio, favorendo un processo di apprendimento mutuo. In tutto il processo l'auto-analisi, stimolata dalle esperienze reali, guida l'acquisizione delle competenze, mantendendo vivo il desiderio e la curiosità di imparare.

Esperienze come questa hanno permesso agli studenti di riflettere sulle proprie attitudini e sui propri valori (questi due elementi sono importanti per comporre l'analisi e la riflessione sulla realtà e spetta al professore coniugarli in maniera da favorire l'apprendimento e la trasformazione dei soggetti coinvolti nelle attività) e sviluppare un posizionamento etico sintonizzato con le necessità emerse dalla quotidianità dei servizi.

Analogamente alla pedagogia del fattore di esposizione, nell'ambito dell'educazione permanente si pone la necessità di pensare a come rimettere la riflessione del professionista sanitario al suo stesso lavoro, al quale viene "esposto" quotidianamente. Ci sono numerosi metodi che permettono di mettere in analisi l'esperienza e la pratica quotidiana da parte del professionista. Il filo conduttore di queste differenti metodologie, tuttavia, è sempre la prospettiva di aiutare il lavoratore a pensare alle proprie pratiche.

Il principio che integra la riflessione pedagogica con la concezione dinamica di soggettività presentata precedentemente sarebbe il seguente: se consideriamo l'esperienza pratica del processo di lavoro quotidiano e lo

mettiamo in analisi, non soltanto il processo, ma anche gli elementi conflittuali o difficili dell'equipe entrano in analisi. Ossia, il fare routinario è messo in analisi e, simultaneamente, anche il fare del soggetto stesso che costituisce l'equipe entra nel centro della riflessione, così come il gruppo di lavoro propriamente detto. L'analisi e la riflessione del lavoratore hanno l'obiettivo di modificare il lavoro stesso e questo richiede l'acquisizione di abilità e competenze sempre più complesse. Perciò il lavoratore emerge come asse pedagogico nell'ambiente in cui lavora e, entrando in analisi, inserisce nel processo anche gli altri attori che si relazionano con lui nella quotidianità. La proposta, quindi, parte dal presupposto che sia possibile e che sia molto potente costruire nuovi saperi a partire dall'esperienza originata dal lavoro in atto, che permette di analizzare questa conoscenza e contagiare l'equipe nel processo, quando anche essa è disposta ad entrare in analisi. Insomma: portare alla radicalità una proposta che considera la costituzione degli uomini a partire dal mondo del lavoro, richiede che questo stesso lavoro sia il centro della riflessione che cerca di cambiare le pratiche ed i soggetti; e così entra in scena anche la questione della soggettività, che viene utilizzata come una risorsa che qualifica i processi di apprendimento nell'universo sanitario.

Come organizzare questi processi di educazione permanente?

Dopo aver presentato le dimensioni concettuali dell'educazione permanente in salute, è necessario farsi alcune domande. Come organizzare effettivamente questi momenti nel quotidiano dei servizi? Con che frequenza? Per quanto tempo? Chi deve partecipare? Quali risorse sono necessarie?

Pertanto cercheremo, a partire da adesso, di non presentare delle istruzioni sul “come” fare educazione permanente, ma di suggerire alcune piste basate sulla nostra esperienza con diverse attività in questo ambito nei servizi sanitari, nelle realtà più disparate dello scenario brasiliano. Il primo suggerimento che diamo è il seguente: in ogni contesto è necessario scegliere il miglior modo di condurre il processo di educazione permanente. Le persone che costituiscono ogni equipe e le caratteristiche di ciascuna situazione in un determinato momento, portano necessariamente a pensare ad assetti specifici e provvisori per operare l’educazione permanente.

Benché sia possibile organizzare momenti di auto-analisi totalmente basati sull’auto-organizzazione dei lavoratori, nella maggior parte delle situazioni è raccomandabile avere un attore esterno che faccia da mediatore del processo. Questo è tanto più necessario, quanto minore è l’esperienza delle equipe in attività di questo tipo. Ma anche equipe più esperte, in determinate situazioni, hanno difficoltà a mettere in discussione certe questioni che le attraversano e, pertanto, necessitano di un intervento esterno che medi le riflessioni.

Ma con attori esterni, ovviamente, non stiamo pensando a professori che fanno una lezione sull’educazione permanente. E non stiamo parlando nemmeno di “supervisor” tradizionali, che generalmente cercano semplicemente di adeguare certi processi di lavoro a norme fisse predeterminate. Il lavoro di mediazione dei processi di educazione permanente si realizza facilitando gli incontri, per far in modo che si intensifichi l’auto-analisi e che questa avvenga in maniera tale che le equipe riescano ad avere un supporto adeguato alla loro esistenza.

In situazioni in cui non è possibile o adeguato mobilitare attori esterni per mediare l’educazione permanente,

un’alternativa può essere un membro dell’equipe che assuma questa funzione. Per esempio, potrebbe essere scelto uno dei professionisti del servizio come mediatore di una serie di incontri tra i lavoratori, a patto che questo non impedisca anche a lui di partecipare al processo di analisi. Questo rende il tutto ancora più complesso, ma è meglio che rinunciare al processo di educazione permanente a causa dell’assenza di un mediatore.

Un altro aspetto rilevante alla discussione: mobilitare riflessioni che collochino le persone in analisi, sezionare gli eventi della vita quotidiana in maniera che la soggettività abbia un ruolo cruciale nel processo pedagogico, sono direzioni teoricamente interessanti ma che, nella pratica, possono potenzialmente produrre tensioni. O meglio, non tanto produrre, ma evidenziare le tensioni costitutive del lavoro in salute. Mettere le tensioni al centro della riflessione collettiva, piuttosto che accordi di circostanza o patti precari, ci permette di considerarle come materia prima per la gestione dei servizi, istituendo spazi più democratici atti a risolverle.

Rispetto al momento migliore, riteniamo che spazi di riflessione collettiva, nella prospettiva dell’educazione permanente, debbano realizzarsi in maniera sistematica. Pertanto, è fondamentale che, nell’agenda di lavoro delle equipe, sia previsto uno spazio affinché si possano riunire per analizzare le loro esperienze. L’ideale sarebbe che non esistesse un tempo, ma che tutti i membri dell’equipe si mettessero d’accordo per realizzare questo processo in maniera continua. Questo perché le cose non avvengono semplicemente grazie alla volontà: c’è la necessità di un periodo adeguato di interazione affinché le equipe entrino in analisi e auto-analisi. Tuttavia, non è possibile aspettarsi che tutti siano completamente mobilitati e coinvolti nella costruzione di spazi con tali caratteristiche. Da un lato,

alcune persone saranno maggiormente coinvolte con l'apertura e la manutenzione delle riflessioni. Dall'altro, la stessa resistenza alla partecipazione di alcuni deve essere messa in analisi, sia allo scopo di evidenziare l'esistenza di diversi progetti in discussione sia per identificare le necessità di cambiamenti nel modo in cui si sta sviluppando l'educazione permanente in ogni luogo. Soprattutto perché è necessario avere ben chiaro che uno dei rischi principali connessi ai processi di educazione permanente è quello di costituirli a partire da una concezione morale. E' necessario sfatare questa prospettiva e gli effetti che produce. I professionisti che si impegnano in momenti di riflessione non sono, necessariamente, migliori di quelli che non lo fanno. E nemmeno è garantito che la riflessione sui processi di educazione permanente porti, inesorabilmente, ad assetti di lavoro più potenti. Ciò in cui scommettiamo è la capacità collettiva di sviluppare modalità più idonee al lavoro di ogni equipe e di affrontare in maniera migliore la soggettivazione insita nella pratica professionale. Tuttavia, non sosteniamo modalità specifiche o predeterminate di lavoro. Dobbiamo capire la potenza di ogni singola offerta e gestirla secondo l'unicità di ogni contesto e degli attori che lo costituiscono.

Un'altra precisazione necessaria è che questi processi possono essere realizzati per sostenere lo sviluppo delle equipe dei servizi più disparati: professionisti dell'assistenza primaria, lavoratori di un'unità di terapia intensiva, o anche equipe di dirigenti di una regione. Inoltre, vale la pena sottolineare che, nonostante ci siamo limitati a parlare di esempi che coinvolgono professionisti sanitari, questa strategia potrebbe essere usata trasversalmente, con persone provenienti da differenti ambiti: studenti, gestori o anche pazienti.

Non solo i locali di attuazione possono variare, ma anche la quantità di persone: possono essere sviluppati assetti che contemplino pochi lavoratori in processi di riflessione intensa, ma anche processi con diversi gradi di coinvolgimento e che prevedano la partecipazione di un grande numero di persone. Per ogni situazione è necessario organizzare il processo di riflessione in maniera tale che si realizzino incontri capaci di promuovere l'analisi del processo di lavoro e l'auto-analisi dei soggetti coinvolti.

Considerazioni Finali

Abbiamo cercato di presentare in maniera succinta alcune delle principali linee della formulazione brasiliana del concetto di educazione permanente, allo scopo di far comprendere le sue specificità. Ci auguriamo di aver reso chiaro che, nonostante sia riconosciuta in Brasile come una politica nazionale del Ministero della Salute, esistono molte esperienze di formazione con i professionisti che non sono classificate come educazione permanente, perché il loro asse principale è soltanto l'aggiornamento delle conoscenze tecnico-scientifiche di certi problemi.

Come abbiamo sottolineato, l'educazione permanente prende come oggetto di analisi e approfondimento il processo di lavoro stesso, con momenti di incontro dei professionisti, attraverso la partecipazione e la riflessione attiva. Questo non esclude la necessità di avere un sapere tecnico specifico, nonostante sia stato riconosciuto che, per la maggior parte dei problemi individuati nei servizi, le sfide più importanti si riscontrino in relazione a ciò che riguarda l'organizzazione del processo di lavoro propriamente detto.

Un'ultima osservazione: considerando l'esperienza dei professionisti come la principale materia prima di apprendimento, per il fatto che essa è inesauribile ed è disponibile nel locale stesso di lavoro, l'educazione permanente tende a liberare processi con alto impatto trasformativo, ma realizzati ad un relativo basso costo finanziario.

Bibliografia

CAMARGO, J.R.K.R. et al. Representações de Doença, Saúde e seu Cuidado na Clientela de Serviços Ambulatoriais na Rede Pública do Rio de Janeiro. **Saúde NIPESC/UFRGS**, v. 2, p. 69-77, 1997.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: rev. de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41 - 65, 2004.

FARIA, R.M.B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006**. 2008. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HADDAD, J.; ROSCHKE M.A.C.; DAVINI M.C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana da la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1000).

MOTTA, J.I.J. **Educação permanente em saúde : da política do consenso a construção do dissenso**. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. 227p.

PEDUZZI, M. et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

SANTANA, A.D. **Sobre o desafio de qualificar os trabalhadores de saúde**: estudo do processo de construção da política de educação permanente do município de Aracaju-SE. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2005. 147p.

**PRATICHE DI RICERCA-FORMAZIONE-IN-
INTERVENTO NEL CONTESTO ITALIANO:**
riflessioni dalle esperienze

*Ardigò Martino
Brigida L. Marta
Francesco Sintoni
Cristian Guimarães
Sara Bontempo Scavo*

*Introduzione: nuove configurazioni organizzative
nel campo dell'Assistenza Primaria*

Sostenere l'innovazione dei sistemi sanitari significa comprendere le profonde trasformazioni culturali, sociali, politiche, economiche ed ambientali in cui il sistema dei servizi si trova ad operare. La salute ed il benessere dei cittadini dipendono fortemente dai valori degli individui e della comunità, così come dalle condizioni materiali del loro quotidiano. Allo stesso tempo l'erogazione dei servizi dipende dalla legittimazione politica e sociale dei servizi stessi, oltre che dalla capacità e dalla volontà dei professionisti di erogarli in accordo con quanto previsto dalle normative vigenti e dalle direzioni. Un sistema dei servizi capace di evolversi in sincronia con i bisogni della comunità deve, dunque, essere in grado di stimolare una continua

trasformazione della cultura organizzativa, attraverso cambiamenti che coinvolgano la cultura dei professionisti e dei lavoratori che lo compongono. La fitta rete di relazioni tra servizi, comunità, professionisti, lavoratori e cittadini è multidirezionale. Difatti, la trasformazione dei bisogni di salute della popolazione e le condizioni ambientali (politiche economiche, sociali, ecologiche) producono effetti diretti sul servizio, concorrendo alla definizione di priorità, obiettivi e strategie di valutazione. Il servizio, a sua volta, attraverso le proprie modalità di lavoro e strategie di relazione con i pazienti e con la comunità, opera un'azione pedagogica sul contesto socio-culturale della comunità con cui entra in contatto, modificando le percezioni di pazienti e comunità rispetto al loro stato di salute/malattia (per esempio attraverso le campagne di prevenzione sugli stili di vita) ed alle modalità di relazione con i servizi stessi (per esempio i tempi d'attesa in pronto soccorso per i codici bianchi e verdi).

È importante comprendere come questa rete multi-verso di relazioni tra servizi e territorio sia variabile da contesto a contesto per via delle specificità simboliche, sociali, culturali, geografiche, economiche e politiche, presenti in una determinata comunità. In ogni contesto troveremo una differente composizione demografica, un certo profilo epidemiologico, una diversa offerta di servizi sociali e sanitari e di professionisti, una modalità di relazione differente tra le istituzioni coinvolte nell'erogazione di servizi alla persona, così come differenti modalità di relazione tra i lavoratori dei diversi servizi, e tra i servizi e gli attori della comunità.

A loro volta sia le comunità sia i servizi possono essere letti attraverso le lenti della geografia e della cartografia sociale, nel tentativo di fare emergere, oltre alle dimensioni geografiche, fisiche o le connotazioni istituzionali, la

molteplicità di *territori esistenziali* in essi contenuti. È importante sottolineare come lo spazio geografico e le istituzioni non debbano essere considerati omogenei, ma come al loro interno presentino multiple aggregazioni e soggettivazione che producono multipli "territori esistenziali": il territorio del volontariato, del privato sociale, del privato *for profit*, delle comunità di migranti, dei medici, degli infermieri, degli studenti, degli assistenti sociali, degli addetti alle pulizie o alla sicurezza, degli amministrativi, dei parenti dei pazienti, etc. Ognuno di questi territori possiede le proprie "sottoculture", con riferimenti simbolici, logiche, valori e pratiche differenti e singolari.

Nel contesto italiano questo apparato riflessivo è particolarmente utile per affrontare il processo di implementazione del nuovo modello assistenziale di cure primarie, denominato *Case della Salute* (CdS). Le Case della Salute sono una nuova organizzazione delle cure primarie che dovrebbe rappresentare il luogo dell'integrazione tra prevenzione, promozione e cura, tra servizi sociali e sanitari, tra le cure primarie, intermedie, specialistica e ospedale, e tra sistema sanitario e attori comunitari.

Generalmente le cure primarie sono tra i servizi sanitari più prossimi al territorio e rispondono a problemi di salute più generalisti, che sono anche potenzialmente meno definiti e complessi. Pertanto le CdS, come servizio di cure primarie e luogo dell'integrazione, sono tendenzialmente più dipendenti dei servizi tradizionali dalla relazione con il territorio in cui sono inserite.

Un altro elemento da tenere in considerazione, specie nel contesto Italiano, è la relazione tra cure primarie e patologie cronico degenerative che modifica ulteriormente lo scenario di lavoro nelle cure primarie. Le malattie cronico degenerative rappresentano un carico di malattia importante ormai in tutti i paesi del mondo, indifferentemente nei paesi

con più risorse o con risorse limitate. Le malattie cronico degenerative costituiscono attualmente un costo molto elevato per i sistemi sanitari, in quanto i soggetti malati vanno trattati dall'insorgenza della cronicità per il resto della loro vita. L'Organizzazione Mondiale della Salute, già a partire dai primi anni 2000, ha raccomandato l'adozione di modelli assistenziali più orientati alla promozione della salute e prevenzione e la strutturazione di reti di servizi capaci di intervenire precocemente ed in maniera efficace sui determinanti della salute. Tra le varie strategie proposte, si annovera anche l'adozione di modelli di cure primarie ispirati alla Primary Health Care (PHC).

I sistemi di PHC sono caratterizzati da una serie di principi, alcuni dei quali possono essere brevemente riassunti:

- Risolutività: capacità di risolvere sul territorio i bisogni più frequenti della popolazione (si stima che rappresentino almeno l'80% del totale). Affinché questo sia realizzabile, è necessario un approccio globale (*comprehensiveness*) che si faccia carico dei bisogni di salute, psicologici, sociali e relazionali delle persone. Tale sistema si organizza attraverso la prevenzione, l'assistenza primaria, specialistica e ospedaliera, l'assistenza palliativa e l'integrazione di servizi sanitari e non sanitari con le risorse messe a disposizione dall'individuo, dalla sua famiglia e dalla comunità. Un'efficace risposta ai bisogni di salute delle persone chiama in causa anche l'accettabilità/accessibilità dei servizi, nelle loro molteplici dimensioni. In questo campo di intervento i classici fattori di rischio si estendono al più articolato quadro dei determinanti sociali di salute. L'indagine di tali dimensioni richiede percorsi e strumenti specifici

trans-disciplinari, multi-metodologici e multi-professionali.

- Coordinamento: è responsabilità del sistema di assistenza primaria coordinare la rete attraverso l'accoglienza delle persone, la raccolta e la sistematizzazione delle informazioni, la definizione degli strumenti e dei percorsi di presa in carico. A tale scopo è necessario sviluppare nuovi sistemi informativi, capaci di integrare maggiormente le fonti, i comparti e i dati relativi agli utenti.

- Responsabilità organizzativa: il sistema di assistenza primaria deve essere responsabile per la salute e il benessere della popolazione di riferimento. I professionisti che operano in questo ambito devono avere gli strumenti e le competenze che permettano loro di articolare la rete di servizi e le risorse comunitarie necessarie a risolvere ogni specifico caso. Gli utenti non sono "inviati" a un altro livello del sistema, bensì il coordinatore attiva i diversi nodi della rete (presidio ospedaliero, centro specializzato, pronto soccorso, etc.) a seconda delle necessità, rimanendo responsabile del buon esito dell'intervento.

- Educazione Permanente: la trasformazione nell'organizzazione richiede necessariamente un costante processo di "riflessione sulle pratiche" dei professionisti sanitari, al fine di evitare la riproduzione di modelli di assistenza frammentati e mono-professionali, anche nel contesto della PHC. La strategia dell'educazione permanente si basa su metodologie interattive che aiutano i professionisti ad analizzare e valutare il loro lavoro, l'offerta del servizio e la relazione tra servizi, utenti, comunità e territorio, individuando necessità formative,

gestionali e organizzative. Il processo di educazione permanente aumenta, inoltre, la capacità di lettura del contesto locale e di analisi dei bisogni (ricerca e diagnosi di comunità) e fornisce elementi utili alla riorganizzazione dei servizi e all'integrazione delle risorse istituzionali e comunitarie in base ai bisogni di salute rilevati.

Le azioni e gli obiettivi proposti dalle strategie di PHC sono molto complessi nella loro realizzazione e difficilmente possono essere racchiusi in linee guida o protocolli di intervento standardizzati su grande scala.

Un altro elemento organizzativo che rafforza l'idea di inter-dipendenza tra CdS e territorio è che la CdS, focalizzandosi sui bisogni di salute e non solo sulle patologie, deve interagire con i bisogni percepiti dei pazienti, con le loro traiettorie di vita singolari e con le loro strategie di cura, ma anche con tutti i soggetti, istituzionali e comunitari, capaci di intervenire sui fattori che determinano condizioni di rischio per la salute. La CdS rappresenta quindi il crocevia dei molti territori esistenziali presenti nello spazio geografico della comunità: utenti, familiari, cittadinanza attiva, decisori politici, professionisti di servizi sociali, specialistici e ospedalieri, universitari, ricercatori, studenti attraversano quotidianamente la CdS in quanto spazio di interfaccia, connessione e mediazione.

Le Case della Salute sono dunque un collettore tra differenti programmi di assistenza sociali e sanitari e sono chiamate ad affrontare una percentuale rilevante dei problemi di salute della comunità. L'OMS stima che un sistema di PHC possa dare risposta a circa l'80% dei bisogni di salute. Come già detto, questi bisogni si presentano, però, in maniera poco definita e coinvolgono vari aspetti della vita

degli individui, necessitando quindi di strumenti di lavoro di tipo *generalista*, importanti per fare fronte alla varietà delle azioni che potenzialmente devono essere compiute.

Inoltre, nel nuovo scenario delle cronicità, le cure primarie sono il luogo della gestione integrata delle fragilità (di tipo biologica, culturale, economica, sociale). Gli interventi nei confronti dei pazienti fragili devono tenere in considerazione i vari aspetti della malattia: quelli biologici che possono richiedere l'intervento di più di uno specialista (come nel caso dei pazienti pluri-patologici), così come di differenti figure sanitarie; le percezioni soggettive della malattia e le caratteristiche psicologiche del paziente; come la società percepisce il soggetto fragile malato o come la malattia può concorrere alla fragilità sociale del soggetto malattia; i fattori determinanti di malattia che insistono sull'intera comunità, così come meccanismi di emarginazione, stigma, razzismo, discriminazione che producono disegualanze sociali e di salute. La gestione delle fragilità amplifica ulteriormente la necessità di interventi multi-settoriali, inter-professionali e partecipativi, che comprendano l'empowerment dei pazienti e delle loro reti di assistenza familiari o comunitarie.

Un ulteriore elemento da tenere in considerazione è la gestione e valutazione dei servizi in uno scenario così complesso. Una delle principali problematiche è rappresentata dalla difficoltà di mappare e valutare gli interventi assistenziali prodotti, vista la molteplicità di soggetti coinvolti; tale lacuna si traduce poi nell'impossibilità di fornire un feedback alla gestione per la riorganizzazione dei flussi assistenziali e degli interventi di presa in carico. Infatti, come precedentemente sottolineato, i soggetti coinvolti nell'assistenza possono appartenere a differenti istituzioni, ciascuna dotata di forme organizzative, strutture di gestione, fonti informative ed applicativi per la gestione

dell'informazione propri. Anche all'interno degli stessi servizi, la presenza di differenti attori (professionisti ospedalieri, della specialistica, delle cure primarie, dei dipartimenti di prevenzione, etc.) o di differenti linee di intervento (unità operativa complessa di pediatria, chirurgia, geriatria, etc.) produce una ulteriore frammentazione delle informazioni.

Gli attori della cura possono anche appartenere a settori della società organizzata (terzo settore, volontariato) o al settore delle cure popolari ed informali (reti parentali, cure tradizionali, etc.), che non generano flussi informativi.

Una discussione a parte, invece, deve essere riservata alla gestione informale degli interventi assistenziali. Come ampiamente trattato in altri capitoli di questa collana, nella produzione dell'assistenza può esistere una differenza anche marcata tra il pianificato e ciò che è realmente realizzato nel quotidiano. La produzione dell'assistenza che alcuni autori definiscono "in atto", attraverso riorganizzazioni informali dei protocolli e dei flussi di lavoro, serve a compensare carenze gestionali che possono prodursi in contesti complessi, in casi particolari, comportando in molte occasioni un aumento della risolutività dell'intervento. Tale riorganizzazione costituisce un patrimonio di conoscenze esperienziali, ma difficilmente rilevabile dalla gestione, soprattutto quando vengono utilizzate metodologie di valutazione solo quantitative. Queste riorganizzazioni, infatti, sono imprevedibili, variano da contesto a contesto e nel tempo, poiché dipendono dalla disponibilità o meno di risorse, dalle relazioni tra professionisti, gestori, comunità e servizi, e dalla soggettività dei lavoratori implicati.

Attraverso specifiche metodologie di formazione e valutazione, però, anche la riorganizzazione informale della produzione dell'assistenza può essere ricostruita ed analizzata coinvolgendo i professionisti stessi, con i quali

è possibile interpretare le azioni svolte, estraendo buone pratiche e tentando di evidenziare quali cambiamenti comportamentali, organizzativi o valoriali sono necessari per modificare le criticità rilevate.

Con queste premesse è facile comprendere come l'organizzazione e la gestione di servizi socio-sanitari beneficiano di metodologie, strumenti di lettura e valutazione partecipativi, inclusivi, ma soprattutto processuali, capaci di seguire le interazioni tra servizi e contesti; producendo contemporaneamente trasformazioni nella cultura del servizio stesso e dei suoi professionisti.

In tal senso, promuovere la transizione da una prospettiva biomedica e ospedalocentrica ad una orientata alla Primary Health Care, significa ingaggiare attivamente i territori, la comunità e i servizi in una profonda innovazione culturale, sociale, etica e politica.

Gli strumenti di educazione permanente, uniti agli strumenti di analisi dei flussi assistenziali trattati in questo stesso volume, si sono dimostrati efficaci nel favorire tali trasformazioni sia nel contesto brasiliano che in quello italiano.

Una specificità dell'intervento nel contesto italiano è stata quella di collocare queste metodologie in un processo più generale di ricerca-formazione-intervento multi-locale e multi-situato, che approfondiremo nel paragrafo seguente.

Ricerca-formazione-intervento come metodologia per sostenere l'implementazione delle Case della Salute

La metodologia della ricerca-formazione-intervento è una metodologia in fase di sperimentazione all'interno della rete del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva. Tale metodologia prende spunto dalle strategie di ricerca-intervento partecipata e community based, così come dalla formazione intervento in ambito educativo. Il rationale è quello di rendere operativo il concetto di educazione permanente nel contesto della trasformazione dei sistemi sanitari ed allo stesso tempo estrarre dalle pratiche quotidiane elementi utili alla formulazione di quadri teorici adatti al nuovo contesto e in costante aggiornamento.

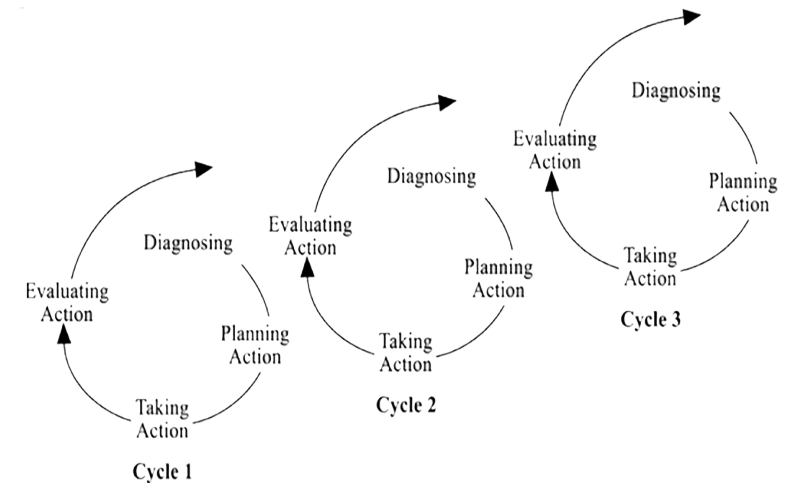
Tale approccio si adatta ad interventi a supporto del miglioramento delle pratiche assistenziali e della qualità dell'assistenza, accompagnando i soggetti coinvolti nella riflessione e condensazione delle conoscenze inscritte nelle loro pratiche quotidiane, con l'obiettivo di produrre informazioni utili per i gestori dei servizi ed i decisori politici. Un obiettivo secondario del processo è quello di produrre strumenti per l'educazione permanente e la formazione universitaria, sia under-graduate sia post-graduate. L'approccio della ricerca-intervento si adatta bene alle esigenze di valutazione e gestione di sistemi complessi in contesti in rapida trasformazione e può essere in particolar modo utilizzato nelle fasi di implementazione dei nuovi modelli per via della sua estrema flessibilità e processualità.

Se nella ricerca classica la fase sperimentale si svolge in maniera standardizzata a partire da condizioni predefinite, nella ricerca-intervento, così come in altre metodologie di tipo qualitativo, il focus del processo di

ricerca è il processo stesso, in cui le fasi di pianificazione, raccolta delle informazioni e interpretazione avvengono in maniera sincrona.

Coerentemente, la ricerca-intervento viene spesso paragonata ad una spirale, della quale vengono sottolineate non solo la processualità del ciclo di pianificazione, raccolta dati, intervento, interpretazione (tutte azioni che implicano la produzione di effetti attivi nel "campo" in cui la ricerca si svolge), ma anche e principalmente la trasformazione delle condizioni iniziali del processo, dal momento che al termine di ogni ciclo è necessario rivalutare il contesto e le condizioni in cui la ricerca dovrà essere realizzata.

Fig. 1. The continuous cycles of Action Research.



Fonte: Zikos e Thiel, 2013.

La ricerca-intervento si qualifica per l'inscindibile legame tra teoria e pratiche, la cui intersezione viene da alcuni autori individuata nelle *prassi*. (HELLER, 1987) Tale ricerca, dunque, non può prescindere dall'inclusione degli attori del contesto in analisi, in quanto questi sono i soggetti fondamentali per la sua trasformazione. (CAPECCHI, 1985) Si basa su di un approccio partecipativo, perseguendo una collaborazione attiva (in tutte le fasi della ricerca) dei soggetti dell'indagine, al fine di produrre conoscenze in grado di incidere effettivamente sul contesto. (GRANDORI, 1996) Per partecipazione si intende, qui, una strategia inclusiva di tutti gli attori coinvolti, che mira a mettere il più possibile in comune le risorse disponibili e alla produzione di logiche condivise e di meta-risorse, prodotto della partecipazione stessa. (MINKLER; WALLERSTEIN, 2011) E' necessario quindi che tutti i livelli implicati siano coinvolti. Per quanto riguarda i servizi socio-assistenziali, partecipazione non significa soltanto coinvolgere gli utenti, la comunità organizzata e le sue istituzioni, ma deve puntare ad estendere l'interazione ai lavoratori, ai professionisti, agli attori della governance e della regolamentazione, includendo tra questi l'università come soggetto dell'elaborazione delle teorie, della formazione e dei significati sociali. (PARKER, 2005) Produrre uno spazio di prossimità fra i vari attori serve a porre le basi della circolarità delle prassi, a saldare teoria, pratica e processi di negoziazione del cambiamento che rappresentano le caratteristiche fondamentali della metodologia.

La forza del cambiamento prodotto è influenzata da altri due fattori: le relazioni di potere ed i saperi implicati nella trasformazione. Dal punto di vista delle relazioni di potere possiamo riconoscere come tutti i processi di trasformazione siano mossi da un insieme di forze che determinano la dinamicità dei processi stessi. Queste forze possono essere influenzate da relazioni di potere diseguali,

in cui il cambiamento è guidato dalla rappresentazione di interessi dei gruppi dominanti o dalla relazione conflittuale dei gruppi di potere principali. Quando le relazioni di potere diseguali sono sottese da processi non democratici, la ricerca-intervento ricade nelle tipologie storicamente definite di tipo femminista (COGHLAN; BRYDON MILLER, 2014), in cui il cambiamento è prodotto da una azione politica di re-democratizzazione delle relazioni di potere, che prevede un forte posizionamento etico dei promotori della ricerca nei confronti dell'equità, della giustizia, delle libertà individuali e collettive e dei diritti umani. Nel caso in cui le relazioni di potere siano meno marcate, possono essere utili strumenti di negoziazione e mediazione dei conflitti. (GALTUNG, 2008; HABERMAS, 1981) Nel caso, invece, in cui i vari attori non producano beni comuni per via dell'organizzazione delle loro relazioni e per via della strutturazione delle loro pratiche (HARRÈ, 1981), il processo di empowerment, basato su metodologie di analisi micro-politica e di cartografia sociale e associato agli strumenti di educazione permanente, è in grado di incidere sulle relazioni con la prospettiva di condurre una massa critica di soggetti a produrre le risorse necessarie a innescare il cambiamento ed a guidarlo. (HARRÈ, 1981) Come ampiamente riportato in letteratura e in questo stesso volume, l'educazione permanente ha un ruolo cruciale nell'empowerment dei soggetti coinvolti e nella trasformazione delle pratiche. Tale processo mira a produrre apprendimento significativo, ovvero quell'apprendimento centrato sull'esercizio del proprio lavoro e sulla valorizzazione delle attività quotidiane come fonte di sapere. (MERHY, 1997)

In ambito sanitario l'approccio di educazione permanente, implementato attraverso il lavoro in equipe e con la supervisione dell'università (integrazione tra ricerca-insegnamento-servizio), si basa su di un duplice presupposto: 1) spostare la logica della formazione dai

contenuti alle prassi, valorizzando l'apprendimento significativo e privilegiando i saperi che hanno ricadute sul contesto (HADDAD, 1994); 2) impegnarsi, in un'ottica di responsabilità sociale, a spostare il focus della ricerca e della formazione dai contenuti scientific based a contenuti di tipo context e sistem based. Per essere efficaci, infatti, sia la formazione sia le prassi dei professionisti devono essere sensibili ai movimenti di trasformazione sociale, amplificando la capacità di lettura dei fenomeni, in interlocuzione con la comunità di riferimento. (Figura 2)

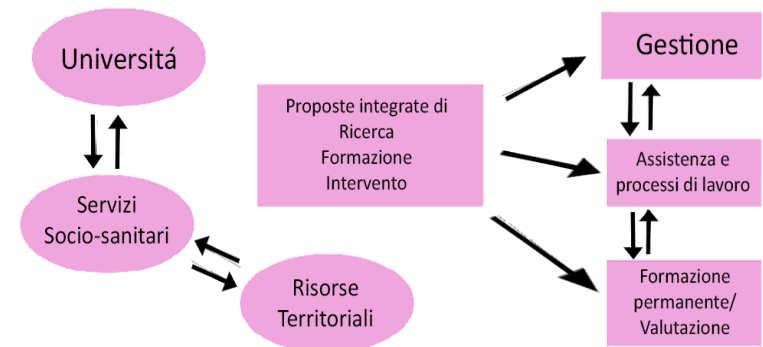
Un altro elemento centrale che accompagna il processo di educazione permanente è l'adozione del *quadrilatero della formazione in salute*, sviluppato da Ceccim e Feuerwerker (2004), dove educazione, gestione, assistenza e partecipazione sociale costituiscono i quattro pilastri della formazione, individuando allo stesso tempo gli attori che rendono possibile la trasformazione a partire dalle pratiche educative (Università, politici/gestori, professionisti/lavoratori, comunità).

Il coinvolgimento dei gestori e dei decisori politici fin dalle prime fasi del processo è importante anche per rendere più efficaci e supportare le attività di knowledge-transfer (trasferimento delle conoscenze nella pratica quotidiana dei partecipanti) e di knowledge-translation (trasferimento delle conoscenze nelle norme, attraverso azioni che prevedano ricadute a livello politico/sulla committenza). Attraverso la prospettiva del quadrilatero, l'educazione permanente può riferirsi ad un processo collettivo di mutuo empowerment, che non si limita al semplice trasferimento di conoscenze, ma si iscrive in un più ampio progetto di negoziazione democratica e di costruzione dei beni collettivi necessari a pensare ed agire il cambiamento. Il processo educativo, inoltre, produce valori e meta-saperi negoziati che includono aspetti tecnico-

scientifici, organizzativi, di relazione (tra equipe e pazienti) e di conoscenza del territorio.

In definitiva questo tipo di approccio vuole promuovere la democratizzazione delle istituzioni, lo sviluppo di capacità critica di apprendimento e di risoluzione creativa delle crisi, il miglioramento delle prassi di lavoro in equipe e la qualificazione delle pratiche assistenziali, coniugando competenze tecnico-scientifiche e relazionali. Aumentando la capacità di lettura del contesto locale e di analisi dei bisogni, tale processo fornisce elementi utili alla riorganizzazione dei servizi.

Fig. 2 Ricerca-Formazione-Intervento.



Fonte: Martino et al. 2014.

Metodologia e tappe della ricerca-formazione-intervento nel contesto delle Case della Salute

A partire dai presupposti teorico-metodologici sopra citati, sono state realizzate, dal 2012 ad oggi, attività di ricerca-formazione-intervento dal Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna in collaborazione con professionisti e gestori di varie Case della Salute della Regione Emilia-Romagna. Contributo sostanziale alle attività è stato dato dalle università e istituzioni brasiliane (Università Federali, Segreterie Statali e Municipali di Salute, Ministero della Salute Brasiliano), parte del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerche e Pratiche in Salute Collettiva, network di cooperazione tra Brasile e Italia, descritto in un altro capitolo del presente volume.

Le attività di ricerca-formazione-intervento all'interno delle Case della Salute hanno coinvolto gruppi multiprofessionali di professionisti in un percorso strutturato, adattato ai differenti gruppi di lavoro, ma dotato di tappe metodologiche definite.

Utilizzando come basi le Case della Salute coinvolte, sono stati costruiti percorsi processuali ed inclusivi, con l'intento di coinvolgere professionisti e gestori nell'identificazione delle caratteristiche peculiari dei propri contesti e degli elementi su cui concentrare l'analisi e successivamente gli interventi. Si è scelto di organizzare i percorsi attraverso una sorta di "cantiere in progress", in cui i partecipanti potessero sentirsi co-responsabili e fosse possibile contribuire attivamente attraverso il confronto, la condivisione di proposte e il riadattamento in itinere delle attività.

Coerentemente a tali presupposti, la metodologia ha previsto un approccio integrato, che riassumiamo brevemente nelle seguenti tappe di lavoro:

1. Attività di ricerca bibliografica e di campo, volta a consentire una maggiore conoscenza del contesto e favorire l'analisi e l'auto-valutazione delle prassi nei servizi. Per valutazione, come sopra descritto, si intende l'innescare di processi di riflessione con i professionisti coinvolti (auto-riflessività) e con gli osservatori esterni (supervisione); l'obiettivo è riconoscere e valorizzare gli sforzi e i risultati delle equipe e dei coordinatori, così come individuare i nodi critici e le problematiche concrete che creano difficoltà. L'auto-valutazione a partire da case studies pratici mette in analisi le attività quotidiane dei professionisti e la loro interazione con gli altri servizi e istituzioni coinvolte nell'assistenza.
2. Attività di formazione mirate all'elaborazione collettiva di strategie di qualificazione del proprio lavoro, attraverso il confronto a partire dai nodi critici identificati. Il processo, basato sull'uso dei case studies descritti e analizzati dai professionisti stessi, intende costruire spazi collettivi per la riflessione e la valutazione del senso degli atti prodotti, nonché sostenere l'ideazione di strategie innovative per far fronte agli ostacoli individuati/valorizzare e mettere in rete le buone pratiche già in atto.

3. Attività di intervento, volte all'implementazione degli elementi trasformativi individuati. Il processo di ricerca-formazione consente l'emersione di informazioni e contenuti, rispetto al funzionamento locale dei servizi, che difficilmente vengono raccolti attraverso l'utilizzo di altre metodologie. Tali informazioni devono essere utilizzate per supportare attività di knowledge-transfer e knowledge-translation.

Come sottolineato, in ogni Casa della Salute il percorso suggerito si è adattato alle risorse locali, ai punti di forza e di debolezza, alle proposte attive dei partecipanti. Ciononostante è possibile identificare quattro fasi del percorso, che si sono a grandi linee susseguite in ciascun processo formativo realizzato, sebbene acquisendo caratteristiche distinte e calate sulle specificità di ogni gruppo di professionisti/nucleo di servizi coinvolti nella formazione.

La prima fase del percorso, di natura tecnico-politica, è composta dai primi incontri con il gruppo di lavoro, cercando di allargare la proposta anche alla componente politica e cittadina più prossima (invito allargato a sindaci, assessori, amministratori locali). Tali incontri hanno l'intento di costruire assieme un percorso, condividendo aspettative e negoziando accuratamente obiettivi e tappe del lavoro con tutti i partecipanti. Questa fase ha portato ad esiti differenti nei diversi gruppi di formazione: in alcune Case della Salute si è scelto di concentrare le attività sull'analisi di "casi complessi" di natura prevalentemente geriatrica; in altri contesti si è preferito lavorare sull'intersezione del campo sociale-sanitario con forte enfasi a problematiche connesse a disturbi psicologici/psichiatrici; in altri ancora si è partiti dalla frammentazione dei servizi e dalla necessità di

comprendere i percorsi dei "frequent users", in articolazione con specialisti ospedalieri e di altri servizi territoriali.

La seconda fase del percorso si è focalizzata sull'accompagnamento del gruppo di lavoro e l'approfondimento delle tematiche scelte, come innesco del processo riflessivo, a partire da casi concreti riportati attraverso dati quantitativi e qualitativi dai professionisti. Sono stati usati strumenti di analisi collettiva dei processi di lavoro, sviluppati in collaborazione tra CSI e istituzioni brasiliane, quali il Flussogramma analizzatore dei Processi di Lavoro, la Rete di Richiesta e Impegni, l'analisi attraverso il Triangolo di Governo. Tali strumenti sono stati descritti approfonditamente da un punto di vista teorico nei due precedenti volumi e a livello applicativo in un capitolo dedicato nel presente volume. Attraverso tale fase, sono stati identificati in ciascun contesto risorse da coinvolgere/valorizzare e nodi critici da affrontare in profondità; sono stati inoltre individuati scenari di pratiche in cui approfondire attività di analisi e intervento.

La terza fase del percorso, a partire da quanto emerso nelle precedenti, si concentra sull'analisi di alcuni servizi di maggior interesse. Ad esempio, in una Casa della Salute si è deciso di svolgere attività di osservazione partecipante all'interno di dispositivi organizzativi di recente implementazione, come l'Ospedale di Comunità (OSCO) a gestione mista medico-infermieristica, il Punto Unico di Accesso socio-sanitario, gli ambulatori medici e infermieristici H12. In altre, si è scelto di accompagnare dei gruppi multidisciplinari di lavoro attraverso la partecipazione agli incontri di discussione dei casi, approfondimento per mezzo di interviste semi-strutturate e accompagnamento delle attività cliniche con i pazienti.

La quarta fase del percorso è quella di modellizzazione, knowledge-transfer e knowledge-translation. In questa

fase, a partire dai risultati ottenuti, dalle caratteristiche peculiari dei territori e dai punti di forza e di attenzione riscontrati, si è stimolato un lavoro di modellizzazione partecipativo e auto-riflessivo, volto alla definizione di linee guida per favorire l'incorporazione istituzionale delle buone pratiche riscontrate e sostenere interventi mirati verso le aree di criticità emerse. Allo stesso tempo, la conclusione di questo ciclo si accompagna ad un'attività di disseminazione dei risultati ottenuti, coinvolgendo professionisti, gestori locali e regionali e decisori politici.

Valore aggiunto dell'intero processo è stata la partecipazione attiva di un gruppo multidisciplinare di studenti e tirocinanti del Centro di Salute Internazionale (studenti di Medicina, Infermieristica, Antropologia, Psicologia, specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva, che hanno accompagnato tutte le fasi del percorso, anche attraverso le proprie ricerche di tesi) e la collaborazione con professionisti, ricercatori, dottorandi e studenti brasiliani, in intercambio in Italia e parte del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerche e Pratiche in Salute Collettiva.

Aspetti di interesse emersi dal percorso di ricerca-formazione-intervento

L'applicazione della metodologia in differenti contesti e gruppi di lavoro ha messo in luce quanto ciascuna Casa della Salute parta già da una configurazione singolare, dipendente dal territorio e dai processi storici in cui si iscrive. L'analisi partecipata dei contesti, nei diversi gruppi, ha consentito l'emersione di priorità differenti, dei vincoli strutturali e della opportunità. A questo scopo sono state realizzate attività di confronto guidato attorno ad alcuni elementi critici, declinati nelle rispettive realtà di lavoro: 1)

visione; 2) cultura assistenziale; 3) punti di forza; 4) risorse e opportunità; 5) fragilità e bisogni.

I risultati delle esperienze sono stati successivamente analizzati trasversalmente dal gruppo di lavoro universitario e sono stati identificati alcuni assi tematici comuni a tutti i gruppi di lavoro:

Casa della Salute: sfide della nuova sperimentazione

Il filo conduttore, tra le testimonianze di gestori e professionisti delle Case della Salute coinvolte, è la sensazione di "sperimentazione" e dell' "imparare facendo" all'interno della nuova configurazione organizzativa. La percezione diffusa è quella di andare nella direzione giusta e di riuscire, attraverso il confronto e basandosi sull'esperienza previa, a guadagnare nel tempo sempre più sicurezza ed autonomia. Il senso di appartenenza alla sperimentazione è molto variabile, in base agli interlocutori. C'è chi si sente totalmente coinvolto e responsabile, riferendosi alla Casa della Salute come "una creatura che sta prendendo vita", chi si sente protetto dal gruppo e dalla nuova configurazione, chi si sta adattando di buon grado al cambiamento e chi, per motivazioni proprie o perché alla fine della propria carriera lavorativa, si sente meno partecipe al processo.

Vi è una consapevolezza diffusa della rapidità con cui si è avviata la sperimentazione. Molti professionisti hanno esperienza pluridecennale e capacità di lavoro in differenti contesti, hanno anche preso parte ad altri processi di riconfigurazione dei servizi, ma, rispetto alle trasformazioni precedenti, questa è caratterizzata, come riportano, da una maggiore flessibilità. Come anche le normative regionali confermano, se in altri momenti vi sono state forti

indicazioni da parte della legislazione, ora il cambiamento è guidato da linee di indirizzo molto più libere, che permettono – e incentivano – il modellamento dei servizi in base al tessuto sociale e al territorio di riferimento; nella pratica, operando una trasformazione attraverso le risorse esistenti. Tale situazione presenta pro e contro: tra i primi, la possibilità di costruire in itinere e il riconoscimento della maggiore autonomia e libertà professionale, tra i secondi, l'insicurezza data dalla mancanza di linee guida ferree a cui rifarsi.

In sostanza, le trasformazioni organizzative in atto nella Casa della Salute spingono i professionisti a nuove modalità di gestione integrata dei pazienti e li incentivano, inoltre, nontanto ad eseguire, quanto piuttosto ad organizzarsi autonomamente nella gestione di percorsi sostenibili, valorizzando le risorse territoriali e professionali disponibili. In questo contesto i professionisti si ingegnano – insieme – in un duplice processo di acquisizione: familiarità nelle relazioni e nel lavoro integrato (dimensione relazionale); e dimestichezza/sicurezza con nuovi mandati e nuove identità professionali (dimensione soggettiva e identitaria).

Condivisione e sostegno tra professionisti: le relazioni

Come rilevato anche dalla revisione internazionale della letteratura, nei processi di transizione è fondamentale curare l'equipe di lavoro attraverso momenti formativi dedicati, una maggiore flessibilità nella gestione dei ruoli professionali, una efficace pianificazione e gestione del personale. Attraverso le narrazioni dei partecipanti è più volte emersa l'importanza di riservare, all'interno dello spazio di lavoro, del tempo per la condivisione delle esperienze e il

confronto su casi difficili. Lo scambio tra colleghi è ritenuto un supporto fondamentale per il sostegno reciproco in momenti di stanchezza emotiva e difficoltà lavorativa, utile anche nel "rinsaldare a vicenda" l'idea di servizio per cui si vuole lavorare e il senso della propria professione. Il confronto tra professionisti viene indicato anche come ausilio nella risoluzione di problematiche complesse, in cui risulti necessario un buon lavoro di rete. Oltretutto, è attraverso lo scambio che il professionista si aggiorna sui cambiamenti organizzativi e strutturali che frequentemente avvengono nelle strutture e nei servizi attorno a lui. Come riportato da vari partecipanti, spesso è il senso di solitudine e isolamento che agisce sul professionista, rendendolo più difensivo e meno propositivo. Una proposta emersa durante il processo è stata quella di riservare, all'interno del proprio spazio di lavoro, più ore dedicate a riunioni di condivisione e programmazione mirate al cambiamento della cultura del servizio, incontri sia tra coordinatori di strutture diverse che all'interno di ogni equipe di lavoro. Secondo gli attori coinvolti, dedicare del tempo a questo tipo di attività permetterebbe di mettere a frutto il patrimonio di esperienze lavorative e formative dei professionisti, favorendo la pianificazione di azioni mirate al trasferimento delle conoscenze e delle buone pratiche. È emersa altrettanto nettamente la necessità di estendere il lavoro di rete ad altre strutture ed enti territoriali, coinvolgendo e valorizzando sia gli operatori sia le risorse informali presenti nel territorio, anche quelle messe a disposizione dagli utenti stessi.

Pazienti, partecipazione e percorsi sperimentali

Rispetto al rapporto con i pazienti, è stata più volte sottolineata l'importanza di un approccio ampio, che consideri il soggetto nella sua interezza e sia attento alla costante evoluzione dei suoi bisogni, delle sue aspirazioni e delle sue risorse, in una prospettiva lifelong, dalla crescita all'invecchiamento. In questa prospettiva, il professionista non è un erogatore di un servizio, ma piuttosto uno "strumento" grazie a cui i pazienti può sviluppare al meglio le sue risorse, vivere meglio la sua vita, raggiungere il benessere. Allo stesso modo, alcune esperienze virtuose descrivono il proprio servizio come un "laboratorio", in cui i vari professionisti (medici, infermieri, assistenti sociali, oss) si cimentano in percorsi sperimentali che pongono al centro i pazienti e le loro famiglie. In alcuni casi è stata riportata l'esperienza di un lavoro su due livelli, il più possibile integrati: quello comunitario, che mira al coinvolgimento di associazioni e abitanti del territorio alla partecipazione alla vita sociale della Casa della Salute attraverso una serie di iniziative e quello della presa in carico clinica (specialistica ambulatoriale in coordinamento con assistenza ospedaliera), che coinvolge i pazienti, i loro percorsi e l'interazione con le figure professionali dedicate.

Una riflessione emersa dai partecipanti ai corsi riguarda la dedizione, la costanza e la continuità necessaria per portare avanti progetti di comunità. Si tratta di processi che vedono al centro le persone ed i loro bisogni, di lungo periodo, che non si basano su progetti rigidi e precostituiti ma si sviluppano a partire dalla relazione e dalla negoziazione processuale con tutti gli attori implicati. In alcuni casi, dinamiche innovative di partecipazione, sperimentate in una struttura e in un determinato contesto, possono fungere da spunto e motore per nuovi approcci in

altri servizi e produrre, così, una "continuità culturale" che vede una proposta sperimentale continuare a riprodursi anche all'interno di altri servizi, riadattata in base alle risorse e alle possibilità degli specifici contesti.

Case della Salute e territorio

A fronte di un bisogno sociale e sanitario sempre più variegato (minori, indigenti, migranti e rifugiati, impoverimento della popolazione e mancanza di reti comunitarie di supporto, problematiche croniche di salute), conoscere ed effettuare un'analisi condivisa degli aspetti territoriali diventa un punto importante per tutti i professionisti. Emerge l'importanza di sviluppare strumenti per "cappare" i segnali, anche deboli, che possono fornire indicazioni sullo stato di benessere/malessere di una persona. Gli operatori riportano come il cambiamento nelle abitudini di un anziano possa essere notato dal negoziante da cui si serve quotidianamente; una violenza domestica o una depressione in una donna può emergere nel laboratorio di una parrucchiera, gli effetti del decadimento cognitivo in un anziano possono essere rilevati da un vigile urbano, etc. Tutte queste informazioni, rilevanti per i sanitari, non riescono ad arrivare ai servizi e, spesso, tali condizioni di salute sono difficili da intercettare per i professionisti confinati all'interno dei servizi. Stringere alleanze con gli attori del territorio, significa inserire nelle reti di cura risorse che altrimenti non sarebbero disponibili nelle sole reti istituzionali. Nella nostra ricerca, questa consapevolezza è emersa indipendentemente dalla funzione specifica del servizio, sottolineando come sia percezione condivisa la necessità di intercettare i bisogni e produrre risposte integrate, non solo in chiave promotiva e preventiva, ma

anche rispetto alla sostenibilità della presa in carico dei pazienti cronici. Un'altra consapevolezza diffusa riguarda la necessità di spostare l'attenzione dalla patologia alla persona, costruendo percorsi di continuità dell'assistenza che integrino le risorse ed i professionisti che si occupano degli interventi dentro/fuori le strutture, del prima/dopo dimissione, del rapporto tra bisogno clinico e sociale del paziente. Dalla ricerca emerge che il ruolo di contatto è da considerarsi una competenza della rete assistenziale e non di un professionista o di un servizio. Questo ruolo può essere svolto indipendentemente dai professionisti che già si trovano sul territorio, da risorse informali che vengono attivate e con cui si stabiliscono collaborazioni o da nuove figure professionali appositamente dedicate. Infine, in generale i professionisti riportano come all'interno della Casa della Salute ci sia una forte sensibilità verso l'accoglienza e l'ascolto qualificato; però tale propensione resta a volte confinata all'interno delle mura della struttura. È soltanto per i casi socio sanitari più complessi che le reti inter-servizio e tra servizio e territorio vengono attivate. Al contrario, nei contesti in cui l'integrazione si è andata via via strutturando, gli attori coinvolti nell'integrazione sono andati crescendo, coinvolgendo gli stakeholders comunitari ed i decisori politici, ed i tavoli di lavoro sono stati progressivamente istituzionalizzati.

Rapporto con Università e studenti

Altro tema emerso è la volontà di introdurre in modo sempre più consistente studenti e Università all'interno della Casa della Salute, attivando tirocini multi-professionali e altre forme di collaborazione con il mondo accademico. Tale apertura non è affatto scontata, se consideriamo che in molte altre AUSL della Regione Emilia-Romagna non esiste ancora la possibilità di effettuare stages all'interno delle Case della Salute e la loro implementazione non è all'ordine del giorno delle agende né dell'università né dei servizi. I tirocinanti all'interno delle strutture potrebbero svolgere funzioni multiple: 1) sviluppare attività di apprendimento significativo nel quotidiano della Casa della Salute, sperimentare le modalità di lavoro integrate e la prospettiva di lavoro centrata su paziente e comunità, offrire uno sguardo esterno al servizio e spunti per la riflessione e l'auto analisi; 2) sviluppare le strategie di formazione di formatori in servizio, qualificando il ruolo e la figura dei tutor e le funzioni che può rivestire, rappresenta una opportunità per il servizio di aumentare le proprie competenze pedagogiche da spendere sia in chiave di educazione permanente interna al servizio sia per le attività di educazione in salute rivolte alla comunità; 3) influenzare, attraverso l'esperienza degli studenti, il mondo accademico, i professionisti/docenti, favorendo le riforme curriculari in chiave multi professionali e multi servizio; 4) favorire il dibattito interno alle professioni sanitarie rispetto alle necessità di rivedere le competenze professionali alla luce delle nuove forme organizzative; 5) stimolare un riorientamento dei percorsi universitari degli studenti, aumentando la quantità di professionisti con una formazione specifica in cure primarie (PHC). La realizzazione del tirocinio, dunque, rappresenta una tappa fondamentale per lo sviluppo della Casa della Salute.

Spazio globale - contesto locale: relazioni macro e micro

Filo conduttore dei nostri percorsi è stata una riflessione sui cambiamenti strutturali del momento storico e politico attuale e su come tali dinamiche incidano sulle possibilità organizzative e sulle aspirazioni del quotidiano di professionisti e pazienti. Nel contesto di crisi economica si assiste al rimodellamento dei servizi socio-sanitari e, parallelamente, alla trasformazione della domanda assistenziale e all'aumento delle condizioni cronico-degenerative. Ci troviamo quindi in una fase molto delicata, in cui bisogni complessi mettono sotto pressione i servizi e le organizzazioni e ne forzano l'aggiornamento. E' molto importante acquisire, oltre alla consapevolezza del momento storico, strumenti di analisi dei differenti piani in cui tali dinamiche si sviluppano (dalle trasformazioni globali all'impatto locale); allo stesso tempo, però, è emersa la necessità di non focalizzarsi soltanto sugli aspetti macro, ma parallelamente riflettere su ciò che avviene nel piano micro del proprio contesto locale, della produzione messa in atto quotidianamente in risposta alle pressioni e alle difficoltà. È più volte emerso che se da un lato acquisire capacità analitica e interpretativa può permettere di leggere le dinamiche nella loro complessità, dall'altro tali strumenti debbono essere funzionali per riappropriarsi di una volontà trasformativa calata nel proprio contesto locale, basata su risorse a disposizione, sulla capacità di produrre un cambiamento tangibile nel quotidiano.

Riassumendo, possiamo distillare dai percorsi intrapresi le seguenti raccomandazioni:

1. L'importanza del lavoro metodologico di costruzione di un linguaggio comune tra professionisti con storie e traiettorie differenti, che ha consentito la tessitura di un senso comune per avanzare verso ulteriori tappe;
2. Esiste un forte scollamento tra i percorsi pianificati e quanto avviene nel quotidiano dei servizi, che devono far fronte all'imprevedibilità degli scenari complessi. È pertanto necessario utilizzare strumenti di analisi e di lavoro che tengano in conto del valore e del potenziale delle pratiche informali ed estemporanee, spesso fondamentali per una presa in carico efficace, poiché dotate di una maggiore risolutività e creatività;
3. Una delle priorità resta il tema importante della frammentazione, in particolar modo per i percorsi di presa in carico di pazienti più complessi. È necessario identificare figure di coordinamento dei percorsi, anche tra professionisti appartenenti a differenti istituzioni (es. sociale e sanitario), che possano promuovere l'integrazione e facilitare le traiettorie dei pazienti tra i diversi servizi;
4. L'importanza di curare il lavoro di equipe e l'orizzontalità delle pratiche, anche attraverso processi formativi inter-professionali, superando le barriere attribuite alle categorie professionali e spesso incorporate fin dai percorsi universitari;
5. La Casa della Salute continua ad accentrare, all'interno della struttura, molte attività che potrebbero essere svolte direttamente nel territorio. È importante tentare di territorializzare maggiormente le azioni di promozione, prevenzione e presa in carico;

6. Curare l'elaborazione di protocolli che diano indicazioni su modalità di lavoro all'interno delle Case della Salute, che siano (nel rispetto delle differenze tra strutture e territori) riproducibili in ogni contesto;

7. Integrare modelli teorico-scientifici con approccio creativo e dotarsi di meccanismi che permettano di incorporare le sperimentazioni a livello istituzionale. Fornire strumenti che permettano la sistematizzazione di dati raccolti attraverso processi di valutazione decentrati, dinamici, non rigidamente istituiti, al fine di presentare le informazioni raccolte al livello decisionale.

Considerazioni finali

Il confronto collettivo avviato attraverso questi percorsi, coinvolgendo professionisti con culture e traiettorie lavorative differenti, è stato molto utile nel produrre auto riflessività, con un dispositivo che potremmo definire "funzione specchio". L'incontro con altri attori ha consentito di riportare sul piano della discussione valori, processi di lavoro e sistemi di relazione naturalizzati. Naturalizzati nell'accezione di oggetti cristallizzati, non più passibili di riflessività o cambiamento. La loro de-naturalizzazione, nel bene e nel male, rappresenta una opportunità di aggiornamento e revisione delle cattive pratiche, così come un momento per valorizzare, condividere e rendere fruibili esperienze positive. Questo tipo di funzione emerge soprattutto attraverso la discussione guidata, per esempio con l'utilizzo del Flussogramma descrittore dei processi di lavoro e di altri strumenti simili, che riportano il professionista al centro del processo di analisi e gestione della produzione

dell'assistenza e collocandolo, contemporaneamente, al centro dei processi di trasformazione e cambiamento. Allo stesso tempo, la possibilità di discutere e comprendere la complessità degli interventi, la consapevolezza della quantità di attori coinvolti nei percorsi assistenziali e decisionali possiedono un reale effetto di formazione situata e basata sul contesto. Ne derivano una più concreta capacità di ri-orientare le pratiche di produzione dell'assistenza in un ottica di risolutività e lo stimolo alla formazione di reti stabili tra servizi e tra professionisti, con un miglioramento della capacità di presa in carico integrata dei pazienti.

Oltre alla condivisione delle buone pratiche, un obiettivo di questo percorso è stato quello di stimolare l'approccio creativo e ideativo nei confronti degli ostacoli della propria professione: l'interdisciplinarietà e la multiprofessionalità, oltre che il confronto diretto con professionisti implicati in situazioni simili, ma provenienti da contesti differenti (es. dei professori brasiliani che hanno partecipato alla formazione), si configurano come elementi utili allo spostamento del proprio punto di vista e all'acquisizione di nuove chiavi di lettura e lenti interpretative delle situazioni vissute. Uno degli auspici è quello di riuscire, in un qualche modo, ad ampliare la "cassetta degli attrezzi" dei professionisti, con elementi utili all'analisi e all'elaborazione di strategie nuove.

Altre considerazioni particolarmente rilevanti riguardano la formazione per la promozione della salute, la cooperazione tra università ed i servizi per la formazione dei futuri professionisti, l'educazione permanente e la formazione trasformativa, la multiprofessionalità ed il lavoro di equipe e gli strumenti di mediazione del conflitto.

Formazione incentrata su promozione della salute e valorizzazione delle risorse comunitarie

Un tale cambio di paradigma richiede uno spostamento dell'attenzione dall'oggetto Patologia all'oggetto Salute e Benessere della comunità. Si tratta di una metamorfosi epistemologica che necessita di una profonda trasformazione culturale di professionisti e pazienti. In questo nuovo contesto, la CdS non deve rappresentare un servizio a disposizione della comunità, ma diventare essa stessa comunità, aprendosi a tutti gli altri attori che convivono nello stesso territorio. La comunità, organizzata e non, deve poter abitare a tutti gli effetti la casa, concorrere al suo sviluppo, alla sua organizzazione e, in alcuni casi, perfino alla sua manutenzione. A tale scopo è necessario che il sistema utilizzi maggiormente le risorse presenti nel territorio, creando alleanze e stimolando la partecipazione. Ciò può essere realizzato aprendo spazi fisici dedicati alla "vita in salute e autonomia" del territorio (sala della comunità) e prevedendo incontri periodici in cui comunicare, discutere, co-costruire le attività. A partire da questi spazi è possibile ampliare le tipologie di risorse prodotte e/o utilizzate nel sistema, co-responsabilizzando la comunità in azioni pratiche, di assistenza, auto-cura e stimolo alla formazione di reti.

Ricerca, formazione, servizio ed il ruolo degli studenti

Favorire l'integrazione tra le funzioni di ricerca, insegnamento e produzione di servizio, rappresenta un elemento essenziale per sostenere il cambiamento culturale dei servizi e dell'università, permettendo così la formazione di una prossima generazione di professionisti adatti ad operare nel nuovo contesto. Nello scenario attuale, i servizi di PHC rappresentano una opportunità per l'apprendimento di tutti gli studenti, non solo quelli che sono interessati a lavorare nelle cure primarie, poiché offre un'esposizione precoce a scenari di pratiche in cui le persone e le comunità, non le malattie, sono messe al centro e dove la multiprofessionalità e la multisettorialità esercitano un forte effetto pedagogico:

- a. da una parte il confronto con le reali prassi/ necessità del sistema dei servizi concorre a ricalibrare la formazione tecnica e culturale degli studenti, che, al contrario, se esposti soltanto al contesto specialistico, non possono che reiterare tale modello gerarchico e frammentato;
- b. dall'altra, l'interazione precoce tra studenti di discipline differenti, nel contesto degli scenari di lavoro, può concorrere allo sviluppo delle *skills* necessarie al lavoro in equipe multi-disciplinari, attualmente fondamentali al corretto funzionamento dei servizi.

Preparare il terreno per accogliere studenti richiede, da parte del servizio e degli operatori, la capacità di definire obiettivi formativi chiari e le competenze per raggiungerli. Tale operazione necessita di un'accurata analisi degli obiettivi e delle finalità del servizio stesso, nonché dei processi organizzativi e delle pratiche professionali attuate per raggiungerli. Decidere quale ambito dei servizi sia il più adeguato alla formazione opera una "funzione specchio" sui servizi stessi, forzandoli a riflettere su loro stessi e sul loro funzionamento. Tale processo può rappresentare un importante "dispositivo rivelatore" delle prassi, formali e informali, messe in atto nella pratica quotidiana del Sistema Sanitario. Ciò può concorrere al mantenimento di uno spazio di auto-riflessività (anche in collaborazione con l'università) che funga da base per lo sviluppo e il miglioramento del servizio stesso.

Formazione trasformativa ed educazione permanente

Nel panorama italiano della formazione, sia universitaria sia post laurea, la tendenza è ancora quella di anteporre le conoscenze alle competenze ed alle funzioni. Inoltre, è stato possibile constatare che le conoscenze pedagogiche e le metodologie di insegnamento non sono ancora sufficientemente diffuse nel campo della salute. Per esempio, durante il nostro percorso è emerso come di frequente i corsi di aggiornamento fossero affidati a specialisti dell'area sanitaria, prevalentemente ospedalieri ed universitari, attraverso le classiche formazioni in aula centrate sui contenuti scientifici. Parallelamente, sia nella formazione universitaria sia in quella in servizio, gli attori coinvolti nella nostra ricerca hanno riferito di aver percepito frequentemente le attività di formazione come prive di

senso, in relazione al proprio percorso di formazione professionale o al proprio lavoro.

D'altro canto è anche emersa la percezione che fossero state scarse o nulle le esperienze formative in cui la formazione avesse prodotto un apprendimento significativo, così come sono state giudicate scarse le potenzialità trasformative della formazione stessa. Nella maggior parte dei casi la formazione è percepita come burocratizzata, benché si avverta una tendenza all'aumento nell'utilizzo di metodologie formative interattive, ma rimane chiara la percezione che l'utilizzo di strategie pedagogiche alternative non rende possibile da sola la trasformazione delle pratiche di lavoro.

In aggiunta, la formazione burocratizzata può rappresentare una strategia di occultamento delle condizioni strutturali che interferiscono negativamente con la produzione del servizio. Gli attori coinvolti, infatti, da un lato manifestano unanimemente la necessità di più momenti di formazione, dall'altro riferiscono uno scarso controllo sui temi della formazione stessa. Questi sono prevalentemente scelti a partire dalla prospettiva dei gestori o del governo regionale e nazionale, sulla base dei flussi di dati quantitativi dei servizi. La percezione è che la formazione serva a colmare deficit quantitativi nella produzione del servizio stesso (bassa efficienza del servizio, alti costi, scarsa appropriatezza delle prestazioni) che implicitamente dovrebbero dipendere da un deficit formativo dei professionisti. Dopo l'intervento formativo, però, le condizioni che determinano la produzione del servizio non sono necessariamente modificate, ma allo stesso tempo non sono emerse le cause strutturali che influiscono negativamente sull'assistenza. In questo modo il professionista è fortemente responsabilizzato rispetto alla produzione del servizio, con un aumento della conflittualità con le direzioni.

D'altra parte la formazione non è inserita in una cornice di governance del sistema. Molti professionisti lamentano che, nelle formazioni più trasformative, alcune volte è stato possibile analizzare i processi assistenziali e sviluppare strategie per modificare le modalità degli interventi, però i servizi raramente possiedono luoghi e dispositivi di mediazione che permettano la revisione dei flussi assistenziali a partire dagli esiti della formazione stessa. Pertanto, il patrimonio di conoscenze e la spinta all'innovazione generate dalla formazione vengono disperse, diminuendo l'adesione dei professionisti alle successive formazioni.

Superare le metodologie verticali e nozionistiche e consentire ai professionisti di mettersi in gioco significa, al contrario, valorizzarne le idee, stimolarne il senso di appartenenza al servizio e valorizzare i loro sforzi per concorrere al buon funzionamento dei processi assistenziali. Nella nostra prospettiva, queste premesse organizzative rappresentano le precondizioni per rendere realistici i processi di educazione permanente. In Italia siamo ancora distanti dall'aver sviluppato delle strategie strutturali di formazione che vadano in questa direzione. Le poche sperimentazioni hanno ancora la forma di laboratori puntuali, che rappresentano ottimi osservatori per valutare la cultura dei servizi, offrendo informazioni qualitative preziose alla loro analisi ed alla interpretazione dei dati quantitativi. Queste esperienze da sole non hanno però prodotto delle trasformazioni strutturali, proprio perché rappresentano ancora esperienze puntiformi ed isolati facilmente reversibili, in quanto sono ancora distanti dal raggiungere una massa critica nel sistema dei servizi.

Multi professionalità, lavoro di equipe e strumenti di mediazione del conflitto

Durante gli interventi sono emersi con grande chiarezza gli effetti della frammentazione della produzione dell'assistenza sulle relazioni tra servizi e professionisti. La gestione manageriale dei servizi stessi e le strategie di efficientamento sono entrate nella valutazione misurando la produttività e l'efficienza gestionale. Queste logiche di produzione/valutazione però sono pervase da valori e rappresentano dei veri e propri principi morali che guidano il servizio. Non solo a partire dalla valutazione dell'efficienza si intende giudicare se un servizio sta lavorando bene o male, ma essa discerne anche tra buoni o cattivi professionisti. La valutazione ha un effetto pedagogico molto profondo, perché non solo disciplina e regola le forme della produzione del lavoro assistenziale, ma stabilisce i criteri di merito che regolano la progressione delle carriere e la distribuzione di benefits all'interno dei servizi stessi. Nella nostra esperienza, inoltre, i professionisti hanno più volte sottolineato come i valori della valutazione frequentemente collidono con quelli della loro professione. Questo è il caso, per esempio, dei tempi delle prestazioni ambulatoriali, in cui i professionisti non si riconoscono nella standardizzazione dei tempi dell'intervento pensata dalla gestione, considerando invece valore della propria pratica professionale la flessibilità. Questa impostazione produce due effetti che potremmo definire collaterali. Da un lato la distanza dei valori imposti dalla gestione al servizio con quelli della pratica professionale può produrre una burocratizzazione delle pratiche assistenziali, con una perdita di efficacia dell'intervento e di risolutività. Dall'altra i professionisti possono mettere in atto una serie di strategie micro-politiche per aggirare i sistemi di valutazione, distorcendo le pratiche assistenziali a loro vantaggio.

Nella nostra esperienza abbiamo rilevato che questa impostazione ha prodotto una serie di effetti: 1) la competizione tra servizi - dato il contingentamento dei tempi dell'intervento, il servizio tende a scaricare i pazienti più complessi su altri servizi, che a loro volta tendono ad opporsi a queste pratiche, sviluppando strategie micro-politiche di resistenza. Ne risulta, proprio con i pazienti più complessi, una forte competizione tra i servizi, invece che il loro lavoro in rete; 2) difficile comprensione delle logiche dell'assistenza degli altri servizi, dal momento che la valutazione tende a produrre valori con contenuti morali che possiedono una coerenza solo se collocati all'interno del servizio. Questi valori non sono universalizzabili, ma allo stesso tempo definiscono quali sono le buone e le cattive pratiche all'interno del servizio. L'idea di buono o di negativo con il tempo viene naturalizzata dai professionisti e può essere confusa con una idea di bene o male universale. Ne deriva che servizi diversi sviluppano valori morali, ma non sempre sono in grado di riflettere sul valore locale di questi valori. Ciò che è considerato buono per i lavoratori di un servizio, dunque, può essere considerato negativo dai lavoratori di un altro, generando incompatibilità nella produzione di assistenza in rete, se i professionisti non sono aiutati a de-naturalizzare il loro set di valori; 3) conflittualità nel lavoro multi servizio - a partire da queste premesse, è facile immaginare la difficoltà che i professionisti sperimentano quando sono chiamati a lavorare sullo stesso caso in gruppi multi servizio.

Queste difficoltà devono essere attentamente tenute sotto controllo quando si cerca di sviluppare il lavoro in equipe nelle Case della Salute, dove deve essere prodotto attraverso la cooperazione multi-servizio e inter-settoriale. Nella nostra esperienza la distanza dei valori tra servizi e settori dell'assistenza ha sempre rappresentato un

primo scoglio alla costruzione di un setting assistenziale grupppale. Alle difficoltà nel comprendere le logiche e le modalità dell'assistenza dell'altro, si aggiungono le difficoltà linguistico/concettuali, dal momento che servizi diversi utilizzano parole diverse per sottendere lo stesso concetto o parole uguali ma che sottendono concetti differenti.

Quando si implementano i gruppi di lavoro multi servizio è necessario dunque prevedere strutturalmente l'adozione di strumenti di analisi e mediazione del conflitto. Nel nostro caso è stato importante mappare le relazioni di potere per poter fare emergere quali attori, presenti nel contesto, operavano con logiche di relazione oppositive, con l'obiettivo di salvaguardare interessi particolari. Questi attori possono non rispondere a nessuna strategia di mediazione e, pertanto, dovrebbero potenzialmente essere esclusi dalle prime fasi della costruzione del lavoro in equipe. Altri attori, invece, rispondono sorprendentemente bene ai processi di mediazione. Il lavoro in gruppi che affrontano casi complessi è in grado di mostrare ai singoli servizi i vantaggi pratici prodotti attraverso il lavoro di equipe. Nel nostro percorso è stato molto chiaro come, a distanza di pochi incontri, attraverso la mediazione e l'apprendimento significativo, si producesse rapidamente una prospettiva di equipe. Con l'inserimento di nuovi servizi nel tavolo di discussione è emerso, confrontando la relazione con i nuovi arrivati, quanto lavoro di integrazione si fosse generato negli incontri precedenti.

In definitiva possiamo concludere che le sperimentazioni in atto confermano la validità dell'impianto teorico e degli strumenti utilizzati, suggerendone una loro strutturazione all'interno del percorso di implementazione delle Case della Salute. Gli elementi emersi dall'esperienza sono in parte comuni a quelli venuti fuori in altri territori, ma in buona parte sono specifici dei contesti in cui abbiamo

lavorato. E' necessario dunque sviluppare luoghi istituzionali adeguati dove queste informazioni originali possano essere condivise, discusse ed interpretate e dove possano generare informazioni utili alla trasformazione dei processi della formazione e dell'assistenza. Infine si conferma il grande potenziale della cooperazione tra università e servizio. Pertanto la speranza è che queste collaborazioni possano intensificarsi e strutturarsi maggiormente in futuro, consolidando le azioni di ricerca, insegnamento e produzione di servizio all'interno del setting delle cure primarie.

Bibliografia

CAPECCHI, V. Appunti per una riflessione sulla metodologia della ricerca sociologica. In: MAGGI B.,(Ed.). Gli sviluppi della sociologia in Italia. **Quaderni di Sociologia**, v. 32, n. 4-5, p.112-69, 1985.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino,gestão, atenção e controle social. **Physis - rev. saúde coletiva**, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004

COGHLAN, D.; BRYDON-MILLER, M. The Sage Encyclopedia of **Action Research**. Sage Reference, 2014. p.340-347.

GALTUNG, J. **Affrontare il conflitto, trascendere e trasformare**; ed. Plus. Pisa : Pisa University Press, 2008.

GRANDORI, A. Disegni di ricerca in organizzazione. In: COSTA, G.; NACAMULLI, R.C.D. (Eds.). **Manuale di Organizzazione Aziendale: Metodi e tecniche di analisi e di intervento**. Torino: Utet, 1996. v.5, p.3-47.

HABERMAS, J. **Teoria dell'agire comunicativo**. Bologna: Il Mulino, 1981.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE M.A.; DAVINI M.C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

HARRÈ, R. Philosophical Aspects of the Micro-Macro Problem. In: KNORR-CETINA, K.; CICOUREL, A. (eds) **Advances in Social Theory and Methodology: Towards an Integration of Micro and Macro Theories**. London: Routledge & Kegan Paul, 1981. p.139-161

HELLER, A. **Every day life**. London: Routledge, 1984.

LEWIN, K. Action Research and Minority Problems. **Journal of Social Issues**, v.2, p. 34-46, 1946.

MARTINO A., et al., **La valutazione della qualità assistenziale nelle Case della Salute come opportunità per la modernizzazione delle Cure Primarie**. Bologna, 2014.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N. (eds.) **Community-based participatory research for health: From process to outcomes**. John Wiley & Sons, 2011.

PARKER, E.A. et al. **Methods in community-based participatory research for health**. San Francisco: Jossey-Bass, 2005.

ZIKOS D., THIEL A., **Action Research's Potential to Foster Institutional Change for Urban Water Management**. *Water* 2013, 5(2), 356-378; doi:10.3390/w5020356

CERCHI IN RETE: la costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione

Ricardo Burg Ceccim

Introduzione: la ricerca come dispositivo di apprendimento

Lo sviluppo scientifico e tecnologico della ricerca in salute fa riferimento, *in generale*, ad attività di ricerca clinica, bio-medica e di salute pubblica interpretate attraverso una "ragione medica", o razionalità scientifica moderna (LUZ, 2012), secondo la quale esiste una storia naturale delle malattie e della cura, una gamma di riferimenti sperimentali e un quadro interpretativo relativo alle determinazioni dei processi di salute-malattia. In questo senso, la terminologia generica Ricerca in Salute, svolta con metodi qualitativi, quantitativi o misti, presuppone la presenza di rischi per l'integrità fisica o morale dei partecipanti, e non invece una più profonda interazione con gli utilizzatori dei servizi di salute, ossia la popolazione. *In generale*, la Ricerca in Salute esplora quesiti che originano nel ricercatore o all'interno del gruppo di ricerca e non grazie ad incontri estensivi e intensivi

con i professionisti o gli utilizzatori delle azioni e/o servizi di salute (gruppi sociali, movimenti, popolazione). *In generale*, le decisioni rispetto alle cosiddette necessità sociali vengono prese da coloro che formulano i quesiti scientifici e lavorano con le agenzie di sviluppo, anche quando non utilizzano metodologie innovative e non mostrano la capacità di collaborare con i pazienti e i professionisti sanitari. Queste ricerche approfondiscono discipline del sapere nelle quali gli utilizzatori delle azioni e/o servizi di salute possono essere partecipanti (pazienti e persone con caratteristiche che sono sotto monitoraggio), ma non partner delle proposte di produzione di conoscenza (qualcosa che invece in questi progetti appartiene al ricercatore). E anche i professionisti sanitari sono partecipanti (informatori) e non partner delle proposte di produzione di conoscenza.

Distanziandoci da questo *in generale*, che abbiamo finora distaccato in corsivo, ora analizzeremo i quadri teorici della ricerca partecipativa e della ricerca-intervento che adottano prospettive socio-politiche e di trasformazione sociale volte alla produzione di un sapere innovativo. Nell'area della salute, questi quadri di riferimento concettuale sono utilizzati principalmente nel campo dell'educazione popolare e della salute comunitaria. Essi ricercano infatti l' "interferenza collettiva" nella produzione del sapere e costruiscono processi di cambiamento come atti di conoscenza: si tratta quindi di "effetti di sapere" attesi da un lettore/studioso/ricercatore che si verificano tra i partecipanti che, siano essi lettori/studiosi/ricercatori o meno, si appropriano del sapere in maniera costruttiva.

Al fine di distanziarci da certi in generale, si rende necessaria una problematizzazione permanente o *in actu* (BERGSON, 1999), posto che i saperi esistono soltanto in riverberazione tra tutti gli attori che sono in scena, in disputa nei piani del sapere-potere e della soggettivazione,

passibili di trasformazioni e di processi di "agentizzazione"¹ collettivi.

In questo modo, l'atto del ricercare potrebbe rappresentare un esercizio di accoppiamento delle teorie (saperi formali) e delle memorie (saperi esperienziali) locali e ancora, un esercizio di accoppiamento dei quesiti di ricerca con questioni relative al sé, agli incontri e al mondo (un processo quindi di formazione: educativo, di soggettivazione e di composizione di saperi). È necessario, quindi, inserire nella razionalità scientifica in salute una visione più ampia rispetto ai campi del sapere scientifico e tecnologico applicati e rispettare una pluralità metodologica, utilizzando differenti approcci di ricerca, includendo, ad esempio, quelli di natura qualitativa e di pertinenza delle scienze umane, oltre a componenti di partecipazione in cui ricercatore/i e ricercato/i possano elaborare strategie formative individuali, collettive e istituzionali. A nostro avviso, rispetto all'educazione in salute, abbiamo così introdotto un criterio etico: che mondo creiamo con la ricerca che realizziamo?

Nella nostra traiettoria di ricerca – e anche all'interno di questo testo - utilizziamo una costruzione educo-sanitaria del quesito di ricerca in salute, che viene prodotto attraverso discussioni collaborative, attivando processi di riflessione e mediante interconnessioni tra i saperi. Abbiamo assunto che il problema educo-sanitario non sia biologico, psicologico, sociologico o antropologico; esso è un problema di pensiero, di costruzione cognitiva e affettiva, intellettuale e sensibile, processuale; è un problema di apprendimento e sviluppo, di questionamento dei saperi, delle pratiche e delle prospettive. Tale problema non precede il percorso; esso emerge nel contesto stesso di un percorso, dall'alienazione dalla realtà, dall'urgenza di indagare analisi, esperienze,

¹ Traduzione italiana dal portoghese "agenciamento", termine che deriva dall'inglese agency, inteso come posizionamento attivo, soggettivo, incorporato. (SI VEDA PIZZA, 2003; 2007)

correlazioni e dall'audacia intellettuale. Il problema emerge dall'ambito dell'apprendimento e dell'alienazione dal/i mondo/i. L'emergere della conoscenza non si riferisce ad una maggiore informazione che deriva dalla realtà, ma ad un sapere impregnato di realtà, sensibile ai suoi attori sociali inseriti all'interno di "reti di quotidiani".

In questa direzione, nell'ambito del Gruppo di Ricerca Educazione e Insegnamento in Salute², abbiamo proposto che l'educazione e l'insegnamento in salute siano parte integrante del lavoro in salute, in un ciclo di formazione-lavoro-formazione che include la formazione professionale di base, l'esercizio della professione e l'educazione continua per il perfezionamento delle competenze. Questo ciclo opera come un circolo vizioso in ragione delle proprie caratteristiche clinico-centriche, biomedico-centriche o igienistico-centriche che vengono innescate nella formazione, affermate nel lavoro e rafforzate nelle strategie di educazione continua. Tali caratteristiche informano l'aggiornamento della formazione di base, che incide a sua volta sul lavoro, lavoro nel quale emergono poi necessità di educazione continua. La scarsa capacità della ricerca di inserire aspetti diversi in questo ciclo sta nel fatto che, in fin dei conti, la stessa ricerca, classica o critica, è volta al proprio mantenimento e non alla propria problematizzazione.

Pertanto abbiamo iniziato a lavorare utilizzando un altro ciclo, inteso questa volta come cerchi in rete, accoppiando ricerca e formazione e designandolo, durante la nostra esperienza nel gruppo di ricerca sopraccitato, come mandala educo-sanitari. L'immagine della forma meta-stabile del mandala (cerchio magico, in sanscrito)

² Educazione e Insegnamento in Salute è un gruppo di ricerca, registrato tra i Gruppi di Ricerca in Brasile presso il Consiglio Nazionale di Sviluppo Scientifico e Tecnologico - CNPq, che viene chiamato EducaSaúde, con registro di proprietà intellettuale presso l'Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e logo in diagrammi di mandala. Disponibile su <http://187.45.244.33/educasaude>

e l'immagine del paradosso della quadratura del cerchio (immaginario matematico di accoppiamento del volume di un cerchio nel volume di un quadrato) ci permettono di vedere, quando vengono associate, la produzione del sapere come risultante di dati complessi, multipli e plurali che si enunciano come conoscenza (inquadrabile in alcune forme del sapere), ma anche come formazione (non misurabile e immateriale) e "permeabilizzazione" all'estraneità. Questa è la ricerca della realtà in salute come investigazione-azione e come apprendimento in atto del pensiero stimolato dalla partecipazione; questa è la ricerca della realtà in salute come ricerca-formazione.

La proposta di una costruzione educo-sanitaria del quesito di ricerca attraverso la produzione scientifica, tecnologica o artistica, ha accentuato il nostro dibattito accademico nella prospettiva di un altro concetto, quello del Quadrilatero della Formazione in Salute. (CECCIM et al., 2004) La formazione influenza "per intercessione" (non per addestramento o capacitazione) gli ambiti della presa in carico, della partecipazione e della gestione in salute questionando le azioni e i saperi dei diversi attori sociali. Tutte le azioni e i saperi, tutti gli attori sociali e tutti i partner delle attività di ricerca sono in costante produzione e in multipli movimenti, quando integrati in cerchi di pensiero e reti di conversazione, nelle quali possono iniziare connessioni attive sulle forme date e le scoperte emergenti. In questo modo, la partecipazione in conversazioni investigative innesca attività di lavoro, sviluppa strategie di comunicazione in rete e contribuisce alla diffusione di saperi che interferiscono nei e per i cerchi di pensiero, funzionando come forme di "ripiegamenti" che riaffermano la necessità di reti di conversazione.

I cerchi in rete si presentano come una metodologia capace di provocare il dialogo tra pari, in rete, l'uno con

l'altro, oltre a ripiegare, sfidare, destabilizzare i saperi istituiti. La produzione scientifica viene rappresentata come attività di ricerca-azione in cerchi di pensiero e di cerchi di pensiero in reti scientifiche. Come parte del rigore metodologico e scientifico, dal punto di vista della costruzione educo-sanitaria del problema, questo metodo si caratterizza per un approccio qualitativo, come negli studi trasversali di tipo descrittivo ed esplorativi. Pertanto, è necessario esplicitare che si esplorano circostanze i cui limiti non sono dati, tranne nella misura in cui gli incontri iniziano a verificarsi lungo i percorsi emersi nelle distinte situazioni. Non vi sono limiti chiaramente definiti, né tracciati pianificati anticipatamente, né canovacci strutturati; si lavora con l'“organizzando”, qualcosa di piuttosto distinto da un piano organizzato. In questo senso, il processo implica la produzione di sapere scientifico tramite associazioni libere, negoziazioni tra gli attori, avvicinamento tra i ricercatori, strategie di interconnessione del maggior numero di elementi che possano rendere possibile la costruzione del sapere e, simultaneamente, l'educazione permanente in salute: ricerca-formazione e pensiero-azione.

Cerchi, reti e ripiegamenti nella metodologia della ricerca-azione in salute

La nozione di cerchi e di reti nella ricerca scientifica è presente nelle elaborazioni relative all'insegnamento/apprendimento, specialmente nell' Educazione come Pratica di Libertà; ad esempio, nelle formulazioni di Freire (2008) con i cerchi di cultura, o di Rocha (2000) con la pedagogia della ruota³, e nell'Ecologia Cognitiva di Lévy

³ Approccio pedagogico secondo il quale la discussione deve svolgersi con una distribuzione delle sedie in circolo, in maniera tale che chiunque possa vedere il volto di chiunque altro e non vi sia la focalizzazione

(1998) sull'intelligenza collettiva. Si afferma che nessuno pensa da solo e che tutto il pensiero è nodo e circuito di reti di conoscenza. Il sapere si produce collettivamente e mediante il contatto con la diversità.

Il contatto con la diversità può essere il risultato di interventi di ripiegamento, concetto che abbiamo trasformato da Freire (temi di ripiegamento), così come il concetto di cerchi di pensiero (cerchi di cultura). I cerchi di cultura sono riunioni di gruppi di interesse con l'obiettivo di discutere aspetti che trattino della tematica scelta dal gruppo. Essi sono caratterizzati dalla presenza di un mediatore (mediatore come ricercatore che dovrà indagare i dilemmi e i dubbi del pensiero, non per una presa di coscienza, ma per provocare un disconfort intellettuale). I temi del ripiegamento sono come discussioni arricchite dall'agente della problematizzazione, che funzionano come disequilibrio/disconfort intellettuale. I relativi riferimenti concettuali si trovano in Schwartz (2000), Freire (2008) e Freire-Dowbor (2000). Il ripiegamento ricerca anche il “luogo dell'immagine” di Lygia Clark (1960), che ha introdotto i ripiegamenti nella scultura per rovesciare la permanenza della forma e introdurre un questionamento per l'osservatore dell'opera d'arte. Che forma vuole o considera l'osservatore? Se l'artista (il ricercatore) ha un quesito problematico che lo porta a creare un'opera d'arte, questo stesso artista (questo stesso ricercatore) sfiderà l'osservatore con il suo problema e manipolerà la sua opera a partire dal proprio quesito (quante e quali forme può assumere l'opera, ad esempio). L'osservatore non può rispondere ai propri quesiti e comprendere i quesiti e le risposte dell'artista senza sperimentare: è necessario che anche il suo pensiero sia azione di interazione⁴. I

unidirezionale dell'attenzione sul docente. Questo favorisce la discussione e la partecipazione.

⁴ Sulla relazione tra osservatore e opera d'arte in Lygia Clark, accedere

temi di ripiegamento di Freire costituiscono il contributo dell'educatore, che introduce altri temi per arricchire la comprensione del gruppo. Un effetto del ripiegamento in cerchi di pensiero sarebbe il trauma della cultura, la rottura della cultura previa o il collasso del regime discorsivo che dava forma (rappresentazione) al vuoto-pieno. Questo collasso appare nell'opera di Varela (1990) come perturbazione, crepa nella continuità cognitiva, che è dell'ordine dell'imprevedibile ed è potenza per la nascita del nuovo, per il re-incontro pre-verbale, pre-personale, apertura e lotta per la sopravvivenza di fronte a un problema appena scoperto/vissuto.

Come indicato, nuovi aggregati concettuali ad un dibattito su dati o interpretazioni influenzano alcune posizioni già organizzate, questionano eticamente dati e interpretazioni, introducono sfumature o questioni inedite e configurano ciò che quindi designeremo come situazione-ripiegamento (costruzione della problematizzazione di fatti, utopie, nodi critici e potenze), concetto che abbiamo sviluppato durante la sperimentazione di ricerche in cerchi in rete. Siamo passati poi a discutere della situazione-figura (cerchio di pensiero iniziale o cerchio di cultura) e della situazione-ripiegamento (cerchio di pensiero ripreso in rete o tra diversi locali: cerchio in rete). Depraz, Varela e Vermersch (2003) denominarono questa esperienza cognitiva come base del de-condizionamento poiché richiede la sospensione del giudizio abituale, il re-direzionamento dell'attenzione e il lasciar-venire.

Rispetto alle reti, Latour (2000) afferma che queste permettono interazioni capaci di formare tele di alleati per sapere di più, sapere il non saputo, rendere possibile l'accesso agli strumenti richiesti, aiutare nei processi di perfezionamento necessari e dare luogo a disposizioni psichiche che ci permettano di sapere ciò che non esisteva

<http://www.lygiaclark.org.br/arquivo_detPT.asp?idarquivo=15>.

nei nostri piani previ del sapere. Latour parla di reti di traslazione poiché l'azione che si verifica in o attraverso le reti non presuppone omogeneità; l'azione collettiva, frutto della cooperazione, rinnova le differenze singolarizzandole. Anche se stessero agendo in co-produzione, tutte le istanze partecipanti differiscono tra loro e si differenziano anche come risposta alla co-produzione.

A sua volta Lévy (1994) afferma che la conoscenza si realizza attraverso l'incastro frattale degli apprendimenti; non vi è quindi un concatenamento sequenziale (complessità crescente o importanza ascendente) e tutti i tipi di produzione collettiva devono essere utilizzati e incentivati. Non è una metafora, una figura retorica e men che meno una contraddizione, affermare che un determinato gruppo o collettivo pensa e conosce insieme. Lévy afferma: il pensiero è sempre la realizzazione di un collettivo. (LEVY, 1994, p.169)

Per Maturana (2001), il dominio cognitivo è conoscenza e passione; il sapere convertito in linguaggio è risultato dell'emozione e, come tale, è una rete di conversazioni. L'autore riunisce nella conoscenza affermazioni e spiegazioni validate dalla passione di apprendere. L'emozione fondamentale – che specifica il dominio di azioni in cui la scienza si verifica come attività umana – è la curiosità. Varela, Thompson e Rosch (1992) collocano il dominio cognitivo nell'attuazione del sapere; la conoscenza si costruisce come “un operare” di se stessi e delle realtà. Secondo questi autori si apprende con il corpo e la ragione non si sviluppa fuori dalla sperimentazione dei modi di sapere. Varela (1990) ha sviluppato il concetto di inazione (un neologismo in inglese: enaction⁵) allo scopo di chiarire le nuove comprensioni rispetto alla cognizione. Il sistema cognitivo assolve ai suoi compiti non attraverso

⁵ Rispetto a inazione vedere Varela (1990, p.87-110).

l'incorporazione delle rappresentazioni, ma attraverso l'attuazione del sapere.

L'apprendimento attraverso la risoluzione di problemi, che implica un mondo ben definito, abbandona la scena contemporanea perché le questioni che continuano a sorgere in ogni momento della vita non sono predefinite, ma poste in atto. La concezione tradizionale dell'apprendimento si struttura sul concetto di mancanza, secondo la logica pedagogica dell'apprendere risolvendo problemi, ossia entrare in contatto con la mancanza, l'assenza, e investire il desiderio nella risoluzione del problema, al fine di sopperire alla mancanza e raggiungere la completezza. Nell'approccio inattivo non vi è separazione tra l'attuazione di sé e l'attuazione del mondo. Far emergere a se stessi significa far emergere il mondo. Quindi, ciò che fa agire non è la carenza, ma la pienezza, il campo del possibile, l'illimitato.

Ricerca-formazione: un dispositivo di ricerca vincolato alla formazione e alle pratiche per nuove analisi e nuove azioni

Sachs (2003), discutendo il lavoro del docente, ha suggerito la ricerca-azione come professionista attivista e il sostegno alla militanza attraverso l'insegnamento, le scuole e un'educazione di miglior qualità. La ricerca-azione come professionista attivista sarebbe una modalità di articolare vari gruppi interessati per farli lavorare collettivamente e in maniera collaborativa. Attraverso l'intermediazione delle strutture, dei processi e delle relazioni in una professione attivista, gli attivisti del cambiamento sociale potrebbero ispirare e muovere sentimenti pubblici in una direzione progressista, coinvolgendo mezzi di comunicazione e diversi gruppi comunitari, nell'interesse politico di una pratica intelligente e socialmente responsabile.

La ricerca volta all'azione o partecipazione, inaugurata

in America Latina da Fals-Borda (1977; 1980), presupponeva lo studio-azione, un atteggiamento di "devoluzione" del sapere a favore dei gruppi che hanno dato origine al sapere stesso e che ne sono stati espropriati a causa delle relazioni sociali di esclusione. Secondo l'autore, il ricercatore apprende non soltanto attraverso quello che osserva, ma attraverso il lavoro con le persone con cui si identifica. Il termine "ricerca-azione partecipante" vuole quindi indicare una metodologia di ricerca in cui è necessario un processo esperienziale di vita assieme ai gruppi ai quali la ricerca è destinata, includendo simultaneamente la formazione degli adulti, la ricerca scientifica e l'azione politica.

La proposizione di Oddone (1986), rispetto alle Comunità Ampliate di Ricerca, è sorta dalla sua esperienza nel movimento operaio italiano, nel quale il sapere doveva consolidarsi a partire dall'alternanza tra il sapere dei lavoratori (esperienza pratica) e il sapere dei ricercatori (sapere scientifico linguistico). Gli incontri ampliati di ricerca servirebbero alla discussione/comprendimento accentuata degli studi di realtà, funzionando come una pedagogia dell'alternanza, del dialogo e del confronto tra attori di poli diversi, consolidando un'esperienza di formazione in ricerca (produzione di sapere) e portando alla costruzione di una comunità scientifica ampliata. Schwartz (2000) analizza precisamente questo concetto di Comunità Scientifica Ampliata, affermando che la costruzione della conoscenza e la produzione dei saperi ha come background l'identificazione di un discomfort intellettuale. Quindi si apprende nella formazione (conoscenza) e nella ricerca e intervento (sapere).

Pimenta (2005) denomina Ricerca-Azione Critico-Collaborativa una forma di ricerca qualitativa di intervento, associata alla formazione degli attori sociali che partecipano alle osservazioni del ricercatore e che contribuiscono

alla formulazione delle conclusioni, condividendo e contribuendo alla produzione di conoscenza, costituendosi come ricercatori e autori dei cambiamenti generati dalla conoscenza prodotta. Azione e investigazione sono concepite come parte di un processo che si costruisce in cerchi di riflessione e spirali di azione, conformando la produzione del sapere in strategie di pensiero e di pratica sociale. La proposta metodologica che abbiamo appreso da questa autrice è quella della formazione nel costrutto dell'educazione permanente (integrazione tra educazione e azione sociale), della produzione del sapere creativo-collaborativo nel quale gli attori sociali implicati apprendono a ricercare nella loro stessa realtà e a costruire conoscenza a partire dai loro vissuti. L'educazione permanente è il motto di accesso al gruppo sociale, un modo per collaborare e non solo per estrarre informazione, permettendo anche un simultaneo ritorno alla società dei dati della ricerca nel momento stesso in cui vengono ottenuti e analizzati. La ricerca raggiungerebbe così lo status di rete di reti, alimentando sistemi informativi e di comunicazione tra nuclei di studio-azione. Considerando la peculiarità di questa proposta pedagogica, che coinvolge formazione e produzione di sapere attraverso la problematizzazione di pratiche, saperi, esperienze e vissuti, lo studio crea, nell'atto della ricerca, attori preparati per l'insegnamento e la ricerca scientifica.

Warschauer (2001), nel domandare chi educa l'educatore?, ha proposto l'immagine delle Ruote in Rete, un modo di ricercare volto a ripensare noi stessi. La ruota è utilizzata come luogo di scoperta dei dati. L'autrice interpreta questo concetto come condivisione, portando l'idea di ritorno alla persona, per la quale ciò che importa sono i significati e gli apprendimenti, una condivisione in cui emergono scambi di reciprocità etica e non basata su logiche di mercato. Dal sapere in ruote in rete è sorta la

discussione sulla formazione "in servizio" o formazione implicata con la realtà. Si tratta di una strategia pedagogica che permetterebbe di ascoltare coloro che abitano effettivamente lo scenario del lavoro in salute, così come dell'educazione.

Rocha e Aguiar (2003, p.65) affermano che: "...la ricerca-azione critica è focalizzata sull'agire, attraverso una metodologia esplorativa che ha obiettivi definiti nel campo di attuazione da parte del ricercatore e dei partecipanti", motivando questa scelta nella presa di coscienza dei fattori coinvolti nelle situazioni di vita immediata; i risultati auspicati sarebbero la partecipazione collettiva e il cambiamento dell'ordine sociale. Per le autrici, tuttavia, le multiple determinazioni delle posizioni del soggetto de-caratterizzano uno stato privilegiato di coscienza che possa portare l'Altro a essere "coscientizzato". Se il potere viene pensato come produzione di soggettività, è nelle condizioni politiche che si producono soggetti, domini di sapere e relazioni con la verità; pertanto, non si tratterà più di "coscientizzare", ma di decentrare il potere di un soggetto reale per analizzare i processi della sua costituzione.

Un approfondimento importante delle componenti di azione, partecipazione e produzione attiva di conoscenza si ha nella cosiddetta ricerca-intervento, molto utilizzata dagli autori che lavorano nel campo dell'analisi istituzionale. Un aspetto rilevante di questo tipo di ricerca è la sua capacità di disarticolare le pratiche e i discorsi istituiti, invertendo l'idea di conoscere per trasformare in trasformare per conoscere. (COIMBRA, 1995) Nella ricerca-intervento, i concetti di analizzatore e di implicazione sono strategici. La realtà non è statica e non deve essere rappresentata come se si volessero incontrare punti fissi; nemmeno il ricercatore è neutrale e il suo coinvolgimento compone i passi della ricerca, ampliando le basi teorico-metodologiche di ricerche che pretendono

di avere un'azione trasformatrice della realtà socio-politica. Ciò che si vuole discutere è la costruzione di un'attitudine di ricerca che radicalizzi l'idea di interferenza tra i soggetti e sugli oggetti, presupposto per la conoscenza. Rodrigues e Souza (1987) affermano che la Ricerca-Intervento si caratterizza per un'importante differenziazione dai principi base della ricerca-azione, prefigurandosi come ricerca-azione critica, necessariamente partecipativa e in grado di contemplare anche l'educazione dei suoi attori sociali. Nella ricerca-azione, secondo gli autori "si accentua il legame tra la genesi teorica e la genesi sociale dei concetti, che viene invece negato implicitamente o esplicitamente nelle versioni positiviste tecnologiche della ricerca." (RODRIGUES; SOUZA, 1987, p.31)

Questo insieme di nuovi significati e di sfide alla ricerca e una rete di interlocuzioni sufficientemente sostanziate, ci hanno portato a definire un particolare metodo di ricerca scientifico: i Cerchi in Rete. Cerchi di pensiero e interventi di ripiegamento volti a far emergere "enunciati" e "visibilità" collocati in Reti di conversazione e intelligenza cooperativa. Cerchi in rete come ruote di discussioni e reti collaborative trasversali che non portano a una presa di coscienza, ma a dilemmi in riverberazione. Il metodo presuppone la coordinazione delle attività di conoscenza e la realizzazione della necessità di utilizzare risorse interattive volte a sviluppare un'intelligenza cooperativa tra gli attori, oltre all'utilizzo di meccanismi che supportino lo scambio di esperienze e lo sviluppo di metodologie collaborative. Per questo parliamo di mandali educo-sanitari (attori dell'implicazione scientifica, trama di tele di inserzione, produzione di senso collettivo, saperi eterogenei e pratiche singolari), educazione e salute in processo di intercessione.

Con cerchi e reti e con reti di cerchi si è stabilita

la nozione di Cerchi in Rete. Questo non rappresenta semplicemente l'affermazione di nuovi discorsi, ma anche l'emergere di nuovi attori. In questo senso, gli enunciati non sono discorsi, ma pratiche etiche; le visibilità non sono immagini, ma pratiche estetiche. Una volta rese collettive, pratiche etico-estetiche permettono l'emergere di una politica della conoscenza, non di un sapere puro, semplice e sganciato dall'azione. La conoscenza si dissemina attraverso tele in un movimento per cerchi di pensiero o per cerchi sociali di cultura, spontanei o meno. La ricerca-intervento o la produzione di sapere scientifico dipenderà dalla capacità della ricerca di "agire eterogeneticamente" saperi e apprendimenti, occupandosi delle dimensioni collettive del pensiero e della cognizione.

Con i cerchi in rete si intende un approccio scientifico che stimoli il dialogo, che crei un ambiente di cultura per l'attività del pensiero, un processo educativo e una trama per intessere saperi. Assumere criticamente la condizione di cerchi di pensiero in reti di conversazione finalizzati alla produzione di sapere, in particolar modo di sapere militante che influenzi le pratiche sociali e la cui "funzione" sociale sia la produzione di reti di connessione, ci permette di pensare alla ricerca-formazione.

La sfida della conoscenza, al contrario di ricercare la rivelazione delle verità e la trasformazione attraverso la chiarificazione, ci approssima allo "sfasamento del sé", alla problematizzazione delle verità e alla denaturalizzazione delle spiegazioni. Aguiar e Rocha (2007, p.653) affermano, in sintesi, che: "pensare non è una questione di volontà, ma un esercizio che si scatena per "provocazione". Le autrici, assieme a Cláudio Ulpiano (AGUIAR; ROCHA, 2007, p.653) affermano che "il pensare si verifica negli incontri con l'inconsueto, negli affetti dislocati, nella tensione tra ciò che già ha guadagnato una forma propria come uomo

e mondo, soggetto e oggetto e ciò che si sta producendo evocando forme nuove”. Le analisi di pensiero sono vettori che evidenziano forze in lotta, non soltanto la non-conformità con gli istituiti, ma la costituzione degli istituiti, la denaturalizzazione delle forme e la destabilizzazione degli ordinamenti che li giustificavano.

Nella sfida della conoscenza, la non neutralità del ricercatore/pensatore non si riferisce alla non politicizzazione dei loro impegni; al contrario, permette la problematizzazione in reti di conversazione della loro ricerca-azione, trasformandola in ricerca-formazione in quanto aperta alle interazioni per ri-singularizzazioni. Partendo dall’asse della ricerca-intervento che agisce nella realtà per trasformarla attraverso i suoi contributi restitutivi focalizzati sulla presa di coscienza, possiamo facilitare, attraverso l’attuazione del pensiero, lo sviluppo intellettuale. Un pensiero vivo o in atto sperimenta (non osserva) la realtà. Quando la realtà diventa campo di problematizzazione, questo spazio diventa anche sperimentazione del pensiero, rendendo possibili “nuove forme di appropriazione-produzione del reale.” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p.653) Senza inscrivere (dare forma) durante l’intervento, ma intensificando i modi di pensiero, il ricercatore si appropria, apprende e insegna sulle perdite e sulle produzioni di contorni.

Intelligenza come “diagrammazione” del mandala

educo-sanitario

La metodologia dei cerchi in rete contempla segmenti (nozione simile a quella di tappe, eccetto per il fatto che in questo caso non sono sequenziali e invariati, qui le tappe scivolano, insorgono, si perseguitano), “assorbe” un movimento cognitivo costruttivista e un’estetica del mandala. Nel ciclo della ricerca “corrono” dati, informazioni, problematizzazioni e conoscenza, ma nella condizione di flussi, non di fissi. Lungo il processo di ricerca si configura un ciclo dell’intelligenza che cessa di essere un processo collettivo di trasformazione partecipativa; diventa piuttosto un’analisi delle figure di realtà (riconoscimento delle configurazioni in atto di una realtà) e generazione di forze o linee di riconfigurazione di questa stessa realtà in direzioni produttrici di significato (un per dove e non un per chi). Nel ciclo dell’intelligenza della ricerca-formazione vi è un momento basale nell’attenzione e un momento operativo nella costruzione della conoscenza, che passa per la raccolta/produzione di dati, selezione/espressione di informazioni, scoperta/costruzione di conoscenza e emergenza/produzione di intelligenza, sviluppando capacità di pensare, non soltanto quindi di razionare (riordinare, riarrangiare), operando così realtà per attualità (conoscenza in causa), sempre in ricomposizione/riconfigurazione.

La ricerca viene rappresentata nelle sue componenti di lavoro: osservare la realtà, produrre informazioni rispetto ad essa, generare strategie atte a captare le virtualità (le sorgenti, i divenire), stabilire circuiti (reti esplicative e reti di intervento) e, in questo modo, assistere al ripiegamento di figurazioni: l’entrata in scena, i punti nei quali si è entrati in produzione, i punti nei quali si è entrati in processo (crisi) e i punti nei quali si è entrati in ricomposizione (creazione).

I differenti attori sociali (gestori, politici, lavoratori,

pazienti, docenti, studenti, movimenti sociali, finanziatori, forum, commissioni) sono nella rete di spiegazioni e interventi; documenti istituzionali storici; materiali didattici; report; rendicontazioni; comunicazioni e conversazioni collaborative; letture e revisioni bibliografiche del campo semantico e scambio di teorie; discussione collettiva degli strumenti ed elaborazione di strumenti qualitativi differenti per i diversi attori; riunioni di integrazione di informazioni quantitative e qualitative; valorizzazione e rivitalizzazione delle scoperte da parte di sguardi terzi (consultazioni, dibattiti), ecc.. ecc... Ricordiamoci dell'immagine del mandala nell'educazione dei professionisti sanitari: un quadrilatero costituito da Gestione-Assistenza-Partecipazione-Formazione, un cerchio che raggiunge, per implicazione, il quadrilatero, ma lo eccede da tutti i lati, caratterizzando il suo fuori, forzando, contro la sua volontà o in corpo a corpo, il pensiero. (CECCIM et al., 2004)

Lo schema descritto come cerchi in rete corrisponde a un'attivazione dell'intelligenza collettiva (l'intelligenza, una competenza; non il sapere, un'accumulazione):

- Analisi di Situazione: annotazioni del contesto, identificazione della struttura e della cultura locale. Concetti come appartenenza, pertinenza, responsabilità, legame e obiettivi possono servire a orientare gli strumenti di raccolta dei dati.
- Situazione-figura: stabilire un'analisi esaustiva. Raccolta di dati, trasformazione dei dati in informazione attraverso il confronto con obiettivi, concetti, assetti gestionali e composizione dei collettivi. La figura oltrepassa la rappresentazione (le forme) esprimendo le forze che emergono da una figura quando questa si "des-figura" (tutte le forme della realtà sono una

configurazione della realtà, non "la" realtà)⁶.

- Attori del quadrilatero: interrogazione, per l'analisi, di coloro che rappresentano gli attori implicati nel quadrilatero (persone, istituzioni, e collettivi coinvolti nella situazione-figura).
- Questioni-problemi: in che modo raccogliere le reti esplicative del problema (cosa gli fornisce la configurazione attuale?).
- Analisi dei movimenti posti in rete: qual è il modo di raccogliere e utilizzare le reti di intervento (che cosa può cambiare una configurazione?).
- Situazione-ripiegamento: trasformazione delle informazioni in concetti attraverso discussioni o dibattiti (problematizzazione dell'informazione); formazione di attori.
- Esplorazione di situazioni: analisi di ciò che dovrà diventare intervento-azione (figurazione-riconfigurazione); ricerca-intervento in contesti di formazione.
- Situazione-riconfigurazione: reti di comunicazione collaborativa per costruire interpretazioni, confrontare saperi preesistenti con la realtà analizzata, analisi di registro e costruzione di sapere, comprensione del contesto e produzione di testi per il contesto. Localizzazione dei movimenti del quadrilatero nel cerchio magico (pieghe e ripiegamenti); intelligenza collettiva.

⁶ Sul concetto di figura vedere Deleuze, 2007.

In questo modo, la ricerca entra in un processo di registrazione del paesaggio e la formazione trasformerà quel paesaggio; il ricercatore fa parte della trasformazione del paesaggio, dovrà registrarne i contorni e la loro trasformazione. Nel percorso verrà utilizzata una varietà di risorse e di tecniche più ampia rispetto a ciò che accade nella ricerca tradizionale, così come approcci che possano generare alienazione nella ricerca. (CECCIM; FERLA, 2005) É la ricerca del sapere nell'esteriorità della ragione e della coscienza, nell'impegno etico e politico con la vita e con la produzione del mondo, che suggerisce la ricerca della conoscenza nelle sfide del pensiero. Siamo riusciti ad "essere ripiegamento"? Abbiamo ascoltato i sussurri disgregatori (i mondi minoritari)? Siamo riusciti a essere educatori in contesti di ricerca? Questa è una sintesi della nostra elaborazione rispetto alla costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione. Riunendo ricerca e formazione in circoli e reti, abbiamo portato in scena il substrato cognitivo e affettivo del lavoro in salute, la sua processualità propriamente collettiva e le sue operazioni di incontro. Il dispositivo dell'intelligenza con le "diagrammazioni" dei cerchi in reti (o mandala educo-sanitario) si costituisce in un processo di conoscenza per ricercatore e ricercato e si introduce nelle loro reti di conversazione. E' quindi un modo di ricercare che non è volto semplicemente alla produzione di conoscenza, ma alla produzione di intelligenza. Teoricamente questo è ciò che, come minimo, ci si dovrebbe aspettare dall'educazione – in questo caso, l'educazione in salute.

Bibliografia

AGUIAR K., ROCHA M., Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

BERGSON, H. **Matéria e memória**: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

CECCIM, R. et al. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R., FERLA A.A., Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 253-267.

CLARK, L. Bichos. In: CLARK, L. **O mundo de Lygia Clark: em 1960**, Lygia escreve o texto sobre a fase que está desenvolvendo - Bichos. Três Rios, RJ: Associação Cultural O Mundo de Lygia Clark, 1960. 3p.

COIMBRA, C. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional: uma empresa possível. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

DELEUZE, G. **A lógica da sensação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

DEPRAZ, N.; VARELA; VERMERSCH. (Orgs). **On Becoming aware: a pragmatics of experiencing – advances in consciousness research**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2003.

FALS-BORDA, O. **La ciencia y el pueblo**. Bogotá: Punta de Lanza, 1980.

_____. Por la praxis: cómo intervenir en la realidad para transformarla. In: SIMPOSIO MUNDIAL DE CARTAGENA. **Crítica y política en ciencias sociales**. Bogotá: Punta de Lanza, 1977.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE-DOWBOR, F. Paulo Freire, um precursor. In: BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Textos do Brasil, n. 7, mat. 3**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2000. p. 16-17.

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Unesp, 2000

LÉVY, P. **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. São Paulo: 34, 1998.

_____. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. Rio de Janeiro: 34, 1994.

LUZ, M. **Natural, racional, social: razão médica e a racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec. 1986.

PIMENTA, S. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 521-539, 2005.

PIZZA, G. Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egeonia, agentività e trasformazioni della persona, **AM Rivista della società italiana di antropologia medica**, Argo, Lecce, n.15/16, 2003, p. 33-52.

ROCHA, M., AGUIAR K., Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

ROCHA, S. A pedagogia da roda. **Boletim Espacio para la infância**, Haia, v. 13, p. 24-29, 2000.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L.B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo, in SAIDON, O. e KAMKHAGI, V. (Orgs) **Análise Institucional no Brasil: favela, hospício, escola**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987. p. 17-35.

SACHS, J. **The activist teaching profession**. Buckingham: Open University Press, 2003

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes: trabalho e educação. **Trabalho & educação**, Belo Horizonte, v. 7, n. (2, p. 34-46, 2000.

VARELA, J. THOMPSON E., ROSCH E. **Conocer: las ciencias cognitivas, tendencias y perspectivas - cartografía de las ideas actuales.** Barcelona: Gedisa, 1990. **De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana.** Barcelona: Gedisa, 1992

WARSCHAUER, C. **Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

CARTOGRAFIA DEL PROCESSO DI LAVORO NELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN SALUTE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA

*Túlio Batista Franco
Ardigò Martino
Brigida Marta
Augusta Nicoli
Fabrizia Paltrinieri*

Sulla cartografia

La cartografia è un metodo attraverso cui è possibile comprendere la produzione di conoscenza. E' un modo di condurre ricerca ed è utile anche per comprendere la valutazione dei servizi sanitari e la produzione di assistenza in salute, quindi una ricerca che, allo stesso tempo, funziona come valutazione del servizio. Ciò di cui principalmente si interessa è comprendere come si producano i fenomeni nel campo sociale. Tali fenomeni, di natura tecnica, politica o soggettiva, assumono le sembianze di atti di produzione di contesti collettivi: nell'ambito della salute collettivi di pazienti, lavoratori, e delle relazioni tra loro. Ci interessano le interazioni e i processi che vengono messi in atto, piuttosto che la descrizione delle strutture.

Il campo sociale non si separa dalla dimensione soggettiva, anzi è il campo sociale stesso a produrre soggettività, ossia un modo singolare di intendere il mondo. A sua volta, però, anche la soggettività produce il campo sociale. Dunque campo sociale e soggettività sono tra loro reciprocamente interrelati. È importante comprendere questa relazione e capire come interagiscono questi elementi per potersi muovere nell'ambito della salute e della produzione di "cura".

Come avviene tutto ciò? Noi formiamo la nostra soggettività a partire dalle esperienze che viviamo "nell'incontro" con il mondo. Al lavoro, a scuola, in famiglia, ogni tipo di relazione sociale è allo stesso tempo anche affettiva e provoca un effetto sulle persone a partire dal quale moduleranno la propria soggettività in modo continuo e illimitato. Il mondo in cui viviamo e lavoriamo ci produce e, allo stesso tempo, viene da noi prodotto, nella misura in cui il nostro intervento sulla realtà dipende da ciò che siamo, dal modo in cui percepiamo l'altro e dalle esperienze a cui siamo esposti. Pertanto, è più corretto affermare che ci troviamo costantemente in un processo di soggettivazione, ossia di cambiamento permanente della nostra soggettività.

A partire da queste considerazioni si può evincere la peculiare complessità che caratterizza il campo sanitario, dove appare chiaro come il modo di organizzare i servizi ed i processi di lavoro non dipenda semplicemente da atti normativi, ma piuttosto dalla capacità dell'organizzazione di innovare, negoziare e costruire alleanze tra i professionisti che la compongono. In questo specifico ambito, infatti, i professionisti esercitano un grande controllo sui propri processi di lavoro. Quindi la costruzione e l'implementazione di nuovi progetti non potrà che passare attraverso un percorso condiviso e negoziato, mediante il quale anche loro trovino senso e significato in questi nuovi progetti.

Per esempio, supponiamo che agli agenti di salute venga affidato il compito di accogliere nel servizio una famiglia di migranti. Se ci immaginiamo l'accoglienza come un servizio importante, cruciale, attraverso cui stabilire un contatto con gli utenti e non soltanto un momento di scambio di informazioni, è necessario che anche l'agente di salute lo percepisca in questa maniera. In caso contrario potrebbe realizzarsi un semplice incontro burocratico, amministrativo. A fare la differenza, quindi, sarà proprio l'agente di salute nel momento dell'incontro, non la struttura organizzativa. In questo senso affermiamo che è l'operatore stesso a governare il proprio processo di lavoro.

Una delle questioni principali nei settori salute ed educazione è che i processi avvengono mediante il lavoro vivo¹ degli operatori. (MERHY, 2002) Il principale attributo del lavoro vivo è la libertà. Essendo un lavoro realizzato in atto, è il lavoratore che decide i contenuti, gli strumenti, le risorse e i metodi di realizzazione. Immaginiamo, ad esempio, il lavoro di educazione in salute. È centrato sul lavoro vivo in atto e questo dà una grande autonomia e libertà all'accademico e al professionista. È la peculiarità di questa attività che fa sì che spesso i protocolli, istituiti come norme di regolazione della produzione dell'assistenza, vengano frequentemente disattesi o modificati nell'atto pratico di implementazione della stessa. Il lavoro in salute opera sempre nella tensione che si genera tra libertà e costrizione, a partire dalle relazioni, dalle norme e dalle

¹ Marx (1867) definiva lavoro 'morto' tutti i prodotti/mezzi utilizzati nel processo, che erano però il risultato di un lavoro anteriore (gli strumenti, per esempio, che non esistevano prima di essere prodotti, e che in un nuovo processo produttivo sono già dati). Per *lavoro vivo in atto* intendeva invece il lavoro creatore, che rende possibile la fabbricazione di un nuovo prodotto. L'uomo, nel processo produttivo, può utilizzare con una certa autonomia gli elementi che sono già dati e questo autogoverno è caratterizzato dall'azione del proprio lavoro vivo in atto su ciò che gli viene offerto come lavoro morto per raggiungere le finalità perseguite.

regole che sono istituite. E' in questo spazio di tensione che si possono costruire le alternative.

Osserviamo questi aspetti nelle azioni quotidiane del lavoro in salute che, a livello delle organizzazioni, definiamo come micropolitiche dei processi di lavoro. La cartografia è lo strumento che ci mette in condizione di percepire questo quotidiano, il suo funzionamento e le azioni che lo caratterizzano e ne consentono il monitoraggio: come avviene nella pratica l'assistenza, come si comportano i lavoratori, quali relazioni si stabiliscono nello svolgimento del proprio lavoro, etc. Questa valutazione delle azioni quotidiane è importante per comprendere ed intervenire sui processi in corso.

Il lavoro in salute, per tutte le caratteristiche descritte sopra, necessita pertanto di creatività. È necessario quindi ricercare le configurazioni organizzative che esaltino la creatività dei lavoratori, liberandoli da protocolli troppo stringenti. Incentivare la flessibilità e la capacità di risoluzione dei problemi, consapevoli del fatto che esisterà sempre un equilibrio tra lo spazio di libertà e quello di costrizione.

Riconoscendo la libertà di cui è dotato il professionista sanitario nella conduzione del proprio processo di lavoro e nelle relazioni con gli utenti, percepiamo anche l'importanza cruciale di dotarsi di strumenti concettuali che analizzino il protagonismo di ognuno nell'espletamento della propria funzione. Questa attività può essere misurata da strumenti tecnici, ma non può prescindere dal tenere in considerazione le relazioni tra i professionisti e tra questi e gli utenti. In questo spazio, infatti, si verifica un'intensa produzione soggettiva del mondo e di se stessi, che rappresentano elementi di analisi essenziali quando ci proponiamo di cartografare i processi di produzione della presa in carico.

E' importante che l'analisi sul modo in cui la cura si produce nel quotidiano venga fatta da parte di chi la sta conducendo (un ricercatore, qualcuno incaricato dallo stesso servizio), ma che, al tempo stesso, il funzionamento venga mostrato/prodotto (d)agli stessi lavoratori coinvolti nel processo in studio. La cartografia permette di percepire gli avvenimenti sul piano socio-affettivo; non solo un'analisi quindi, ma un'auto-analisi del proprio vissuto, un'osservazione e un intervento condiviso allo stesso tempo. Parliamo di autoanalisi quando sono gli stessi professionisti che operano nel contesto in studio a farla, producendo un'analisi di se stessi nel contesto di lavoro. L'autoanalisi è un processo cognitivo mediante il quale si produce una comprensione sugli avvenimenti, ma è anche un processo affettivo dotato della capacità di percepire la produzione soggettiva del mondo in cui ci troviamo. Questo significa che il processo di apprendimento mediante l'autoanalisi avviene attraverso mezzi razionali e processi di soggettivazione.

L'autoanalisi è importante perché, nell'attività quotidiana di lavoro, è molto comune che chi è inserito nel processo non percepisca alcuni problemi del proprio lavoro, poiché naturalizzati all'interno del gruppo di professionisti. L'autoanalisi rivela questi problemi e rende possibile un intervento su di essi da parte dei lavoratori stessi.

Un altro elemento cruciale della cartografia è che si riferisce sempre a casi reali, che permettono di desumere il funzionamento dei processi di lavoro, rendendo possibile anche interventi immediati di miglioramento. Per questo, quando la ricerca viene svolta tramite cartografia, si tratta sempre di una ricerca-intervento. Come già detto, questo intervento avrà ricadute sia sul piano della razionalità (modifica di processi di lavoro specifici) sia su quello delle emozioni e delle relazioni che si stabiliscono durante il lavoro, favorendo un cambiamento culturale.

L'analisi e la comprensione dei processi di produzione del lavoro (nel nostro caso, servizi e sistemi di assistenza alla salute) e non solo la determinazione della distanza tra gli obiettivi che ci si era posti e ciò che si è raggiunto, possono permetterci di sviluppare nuovi metodi di valutazione del lavoro prodotto. Le due prospettive sono importanti ed integrabili, come possono esserlo una fotografia che metta in luce elementi dell'organizzazione ed un filmato che evidenzi gli aspetti processuali.

Per poter proseguire nel nostro ragionamento è necessario introdurre una prima constatazione: i processi di lavoro in salute sono sempre fatti in rete. (FRANCO, 2013) Tale rete può essere anche solo informale, destrutturata tra professionisti e istituzioni, ma essa esiste sempre. E' un fatto che può essere constatato e dimostrato.

Discutendo del processo di lavoro dell'agente di salute, abbiamo visto come egli sia un grande mediatore, un articolatore di una rete che coinvolge servizi e attori della comunità. La relazione tra l'agente di salute e gli altri attori è sempre bi-direzionale. Questo è vero anche per i medici e per tutti gli altri professionisti sanitari che comunque agiscono sempre tramite reti (es. per invio del paziente ad un laboratorio diagnostico, ecc.).

Osservando più in dettaglio, poi, ci accorgiamo dell'esistenza di una rete formale, funzionante in base a protocolli negoziati e regolati da gestori e servizi, ma anche di una che non può essere regolata, ma che è costruita dai professionisti nel e per il loro lavoro. Si costituisce a partire dall'operato dei professionisti come mediatori di relazioni interpersonali e inter-professionali. Tale rete può includere addirittura risorse non previste dal sistema e non ha un ordine pre-costituito, ma si compone in funzione dei problemi che di volta in volta devono essere risolti. Ha, quindi, una conformazione differente, individualizzata,

che si produce nell'atto quotidiano. La cartografia è uno strumento in grado di dare visibilità anche a queste seconde reti, dotate di un certo grado di 'informalità', ma anche di estrema importanza, perché costituite allo scopo di risolvere problemi reali. Spesso la valutazione tradizionale osserva e monitora solo le reti formali, mentre la cartografia mette a contatto con le pratiche quotidiane e fa emergere questa rete di relazioni che definirei 'rizomatica'², perché costituita e operante in maniera processuale. (FRANCO, 2013; DELEUZE, 2002; DELEUZE; GUATTARI, 1995) Le due reti sono diverse, ma hanno pari valore, pertanto lo sguardo deve essere integrato. La metafora del rizoma è importante perché ci permette di comprendere come tali reti funzionino per flussi e connessioni realizzati tra i vari professionisti ed i differenti attori di volta in volta coinvolti nell'assistenza, la cui costituzione è spinta da necessità reali.

Comprendere e dare visibilità a questa rete, mettere in luce chi ne è incluso, quali sono le risorse attivate, come funzionano le relazioni al suo interno e che effetti producono in termini di risultati è fondamentale per un processo di ricerca-intervento.

Il concetto di "reti vive" proposto da Merhy et al. (2014) si basa sul riconoscimento del fatto che le reti sono prodotte anche dai professionisti e dagli utenti, a partire dalle loro necessità e dai problemi che devono affrontare

² La metafora del rizoma è stata adottata da Gilles Deleuze e Felix Guattari per caratterizzare un tipo di ricerca filosofica che procede per multipli, senza punti di entrata o uscita ben definiti e senza gerarchie interne; questa è anche la prospettiva di scrittura e di interpretazione proposta in una delle loro opere principali, *Millepiani*, ovvero la seconda parte dell'*Antidipo*, dedicato alla ricostruzione dei nessi profondi fra capitalismo e schizofrenia. In questa opera, Deleuze-Guattari contrappongono la concezione rizomatica del pensiero a una concezione arborescente, tipica della filosofia tradizionale, la quale procede gerarchicamente e linearmente, seguendo rigide categorie binarie ovvero dualistiche; il pensiero rizomatico, invece, è in grado di stabilire connessioni produttive in qualsiasi direzione.

nel quotidiano. Frequentemente, quando gli operatori non identificano le risorse necessarie alla risoluzione dei loro problemi all'interno dei protocolli o dei percorsi assistenziali formali, le ricercano all'interno di reti proprie, create dal loro lavoro. Compiendo questo movimento, creano nuovi flussi e nuove connessioni che compongono una rete assistenziale ad hoc, specifica per quel determinato problema da risolvere. A loro volta anche gli utenti costruiscono le proprie reti, cercando risorse assistenziali nel contesto dei servizi disponibili, ma anche all'interno della comunità, nelle associazioni di volontariato, nelle reti sociali di cui dispongono, etc. E' importante riconoscere questi processi e valorizzarli, poiché le reti rappresentano un dispositivo assistenziale cruciale, in cui utenti e professionisti recitano una parte da veri protagonisti.

Mediante analisi che considerano questi aspetti e tengono bene a mente la produzione soggettiva della realtà, nel processo di cartografia si identificano alcuni interventi che i professionisti stessi, ad isorisorse, possono già realizzare. Si può agire immediatamente su alcuni aspetti dell'organizzazione dei processi di lavoro nell'assistenza primaria che dipendono direttamente dal controllo degli operatori. Per esempio l'accoglienza degli utenti: l'operatore può essere accogliente e rispondere ad un bisogno dell'utente o avere un atteggiamento burocratico ed imparziale. Questi aspetti sono direttamente controllati dallo stesso operatore. Allo stesso modo ne esistono altri che dipendono dai dirigenti o dagli amministratori e devono essere rimandati direttamente a loro.

I soggetti che realizzano la cartografia e conseguentemente intervengono sulla realtà del servizio dovrebbero quindi essere plurali e differenziati. Tuttavia, affinché tale processo di ricerca-intervento possa essere efficace, deve essere svolto necessariamente con i

professionisti, che rappresentano la fonte principale di dati sul proprio lavoro.

La prima questione che si pone è: quali situazioni e quali processi vogliamo analizzare? Per esempio, posso voler analizzare i processi di lavoro dell'agente di salute per capire come lavora, le relazioni, le reti che costituisce, oppure posso voler analizzare i processi di lavoro e le reti che costituisce un centro di ricerca, o un'agenzia tecnico scientifica deputata allo sviluppo del sistema dei servizi. Posso fare la cartografia prendendo come riferimento uno specifico operatore, oppure un'equipe di lavoratori. Posso voler analizzare le relazioni tra enti, oppure quelle tra i lavoratori di un'unica unità operativa.

La cartografia è uno strumento flessibile e ci permette di produrre conoscenze diversificate. Si può usare per qualsiasi interesse o domanda. Per questo non è considerata un metodo, ma un modello. Alcuni autori dicono che la cartografia è un modo di produrre conoscenza 'ad hoc', perché è diretta ad un fine preciso. Altri dicono che è un antimetodo, perché è flessibile e si usa in modo diverso, per scopi diversi. È uno strumento duttile che si può usare secondo le proprie necessità e per i propri scopi. (ROLNIK, 2006)

Una volta stabilito quale processo voglio analizzare, devo poi pensare alle fonti. La prima e più importante fonte, se sto analizzando l'agente di salute, è l'agente stesso. Se sto studiando un centro di ricerca, la fonte principale è l'equipe dei ricercatori che lo compongono. In pratica la cartografia deve essere fatta con gli attori coinvolti. I dati possono essere poi raccolti in vari modi: posso raccogliere memorie, discorsi, vissuti, narrazioni, soggettività presenti tra i vari elementi che compongono i luoghi (s)oggetto di studio. Allo stesso modo anche gli strumenti da utilizzare sono diversificati: si possono organizzare workshop, laboratori,

riunioni, focus group, applicare flussogrammi analizzatori o reti di richieste e compromessi. Gli strumenti possono cambiare a seconda dei gruppi e dei problemi da analizzare.

Un altro modo di ottenere dati è simile all'etnografia usata dagli antropologi: osservazione diretta dei processi messi in atto dai diversi gruppi. Può essere inclusa anche un'analisi della documentazione relativa al problema in studio, della letteratura pubblicata, ecc.

Se l'obiettivo è una ricerca o una valutazione, le fonti primarie (narrazioni, osservazione come etnografia, laboratori...) sono più intense e ricche, perché rivelano l'attuazione del lavoro, le relazioni, ecc. Le altre fonti sono considerate sussidiarie.

Quando lavoriamo con gruppi di professionisti che fanno parte della rete dei servizi socio-sanitari, con gli strumenti della cartografia possiamo stimolare un intenso processo di esposizione collettiva alla propria realtà di lavoro e realizzare, in questo modo, un'analisi condivisa che renda possibile agli stessi professionisti identificare nuovi percorsi e nuove strategie di superamento delle avversità in modo creativo. Di seguito analizzeremo, nella prospettiva della cartografia, il lavoro dell'Agente di Salute nelle varie sperimentazioni che sono in corso nella regione Emilia-Romagna.

Agenti di Salute in Emilia-Romagna

All'inizio dell'anno 2012, il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna, nel contesto del progetto di modernizzazione dei servizi, ha approvato il documento "Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti nei Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Comunità" della durata di 24 mesi, che partiva dalla premessa che esistevano disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari. Tale documento riporta che "... il SSN si basa sui principi di universalità ed uguaglianza, sanciti dall'Art. 32 della Costituzione, secondo cui l'assistenza sanitaria deve essere fornita a tutta la popolazione senza distinzione di genere, residenza, età, reddito e lavoro" (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA, 2012, p.1), però allo stesso tempo riconosce che, attualmente, il sistema ha difficoltà a rispettare questo principio. Il documento continua così:

Per questo motivo il progetto si propone di contribuire alla riduzione delle iniquità nell'accesso ai servizi, nell'utilizzo dei servizi e nella qualità delle cure per gruppi di utenti vulnerabili per diversa appartenenza etno-culturale, condizione socio-economica, abilità fisica, età, appartenenza religiosa o orientamento sessuale. Questa proposta di progetto si colloca all'interno di un percorso avviato da alcuni anni e che ha coinvolto tutte le aziende sanitarie della regione in collaborazione con l'Agenzia Sociale Sanitaria Regionale. Si tratta di un'iniziativa che si pone come scopo primario quello di orientare esplicitamente gli indirizzi del sistema sanitario regionale e le azioni delle Aziende USL verso l'obiettivo di promuovere eguaglianza di

opportunità di accesso ai servizi sanitari, nel rispetto delle differenze, inserendo dispositivi di monitoraggio e di verifica in tale direzione all'interno degli attuali documenti di programmazione. Tali indicazioni sono coerenti con quanto richiamato in più parti nel recente Piano Sociale e Sanitario Regionale ed esplicitamente richiamati negli Obiettivi di Budget per le Direzioni generali. Pertanto il presente progetto si muove all'interno di questi presupposti e costituisce azioni di sistema a livello AVEN per orientare le aziende sanitarie nell'adozione di strategie e di scelte organizzative in grado di riconoscere e rispettare le differenze di genere, origine etnica, tendenze/orientamento sessuali, età, religione/convinzioni personali, (dis)abilità (come esplicitamente richiamato dall'art.13 del Trattato di Amsterdam), oltre che quelle riconducibili all'area geografica di residenza e alla presenza di particolari condizioni di vulnerabilità sociale. (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA, 2012, p.1-2)

L'obiettivo del progetto è definito come: "...individuare, trasferire e valutare buone pratiche volte a favorire equità di accesso e di trattamento nei servizi clinico-assistenziali, di prevenzione, di promozione della salute e di comunità." (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA, 2012, p.2) Gli interventi proposti intendono sostenere le aziende sanitarie coinvolte nel processo di sviluppo di programmi aziendali per l'equità che siano in grado di raccogliere le evidenze relative alle iniquità; sviluppare coinvolgimento e partecipazione; implementare i cambiamenti organizzativi e culturali necessari ed adottare strumenti di valutazione di impatto e dei risultati attesi.

Nella strutturazione del progetto sono stati definiti vari tipi di Agenti di Salute che dovevano coadiuvare l'implementazione di alcuni programmi socio-assistenziali nelle città che hanno aderito al progetto. Le configurazioni proposte sono le seguenti:

- Educatore di Comunità quale figura che favorisce il contatto tra i servizi e le comunità con l'obiettivo del superamento delle barriere di accesso, in particolare nei programmi di screening del tumore della mammella, dell'utero e del colon-retto (Utenti target: donne immigrate, rom, disabili...).

- Agente/Promotore di salute/Operatore di strada come figura ponte tra i servizi socio-sanitari e la comunità attraverso una presenza "attiva" anche al di fuori dei servizi stessi (Utenti target: immigrati irregolari, prostitute, detenuti...). Questa figura si concentra in particolare su temi di educazione e promozione della salute per lo sviluppo dell'empowerment dei gruppi target più deboli.

- Mediatore di sistema, finalizzato alla mediazione come competenza dell'organizzazione. Si tratta, da una parte di implementare servizi di mediazione interculturale nella routine organizzativa, dall'altra di costituire laboratori permanenti dedicati al confronto delle pratiche cliniche in una prospettiva interdisciplinare per la traduzione pratica da parte degli operatori della mediazione interculturale. (Utenti target: immigrati).

- Operatore IPS (Individual Placement and Support) come figura che promuove l'empowerment delle persone che hanno sofferto e soffrono di disturbi mentali, durante la ricerca di un lavoro. (Utenti: popolazione adulta affetta da disturbi mentali gravi).

Cartografando il processo di lavoro e di presa in carico

La mission degli Agenti di Salute è quella di promuovere la salute nelle sue varie dimensioni, facilitando l'accesso ai servizi assistenziali e garantendo, soprattutto per gli utenti con maggiori difficoltà culturali, linguistiche, sociali ed economiche, una presa in carico adeguata. Prima di iniziare la discussione dell'esperienza, è necessario definire il significato di alcuni termini:

- Presa in carico / Cura: la presa in carico può essere definita come "protezione della vita", "riduzione della sofferenza" e "accoglienza delle necessità di salute". Questo concetto di presa in carico è ampio e comprende la dimensione assistenziale, clinica, sociale, linguistica e culturale.

- Produzione della presa in carico: identifica tutto il processo che ha come nucleo centrale il lavoro e come obiettivo quello di proteggere la vita, ridurre la sofferenza e risolvere le necessità di salute della persona.

- Territorio: inteso come spazio fisico o come spazio di azione. È un termine che rappresenta un concetto elastico, fluido. Può essere inteso come spazio in cui si produce la vita (comunità di migranti, strada, carcere, ecc ecc...), nel quale avviene l'incontro tra la persona con le proprie necessità e l'Agente di Salute.

- Agenti di Salute: identifica tutte le diverse "figure di prossimità". Tutte le sperimentazioni sopra citate possono essere considerate Agenti di Salute.

- Ristrutturazione Produttiva: riorganizzazione del processo di lavoro, modifica del modo in cui si produce l'assistenza, nuova configurazione di equipe e nuove relazioni con gli utenti. Si verifica a partire dalle attività del quotidiano.

La necessità di costruire una rete di assistenza primaria

In Italia, attualmente, si registra a una grande prevalenza di condizioni croniche, il che giustifica la costruzione di una rete di assistenza primaria alla salute dotata di grande capillarità, una prospettiva territoriale ed un tipo di lavoro multi-professionale. (MARTINO et al., 2014) Dal 2006 è stata proposta l'implementazione delle "Case della Salute", unità territoriali che si propongono di comporre la rete di assistenza primaria organizzando non soltanto servizi di assistenza clinica, ma anche di promozione della salute e prevenzione delle malattie. In associazione a questa iniziativa, sono cominciate anche le sperimentazioni sugli Agenti di Salute che, nella Regione Emilia-Romagna, come sopra citato, hanno assunto varie configurazioni in base alla popolazione con la quale avrebbero poi lavorato (cittadini senza fissa dimora, cittadini migranti, carcerati, etc..). Case della Salute e Agenti di Salute sono due dispositivi assistenziali nuovi che hanno cominciato ad affermarsi nel contesto dell'assistenza primaria e possono contribuire a trasformare la configurazione dei servizi assistenziali regionali.

In questo contesto è importante considerare che la combinazione del lavoro della Casa della Salute con gli Agenti di Salute può apportare un contributo molto importante nel modo di produrre assistenza, principalmente per i seguenti motivi:

1. Sposta il fulcro dell'assistenza dall'ospedale al territorio;
2. Può fungere da collante per la costituzione di reti tra Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e le altre risorse comunitarie disponibili sul territorio (scuole, imprese, terzo settore, etc.);
3. Permette lo sviluppo di servizi di maggiore prossimità con la popolazione, creando legami importanti, cruciali per la fiducia, la vicinanza e l'accoglienza dei problemi socio-sanitari.

Una questione cruciale, che potrà essere valutata solo nei prossimi anni, è se questi dispositivi si affermeranno come centrali nella rete del sistema dei servizi assistenziali. Ciò potrà avvenire se si realizzerà un processo di ristrutturazione produttiva dell'assistenza (FRANCO; MERHY, 2004), dove l'assistenza primaria che si sta organizzando renda possibile l'offerta di una nuova presa in carico dei bisogni di salute della popolazione, in cui venga valorizzata l'accoglienza come strategia di accesso, il legame con il territorio, la corresponsabilizzazione tra servizi ed utenti e l'organizzazione di linee e reti di assistenza integrali, capaci di offrire in modo flessibile differenti risposte ad ogni specifico problema.

È in questo senso che vorremmo affermare che la riorganizzazione delle reti di assistenza deve avvenire attraverso un processo di cambiamento delle pratiche dei professionisti, poiché richiede il riconoscimento del saper

fare dell'altro, il protagonismo dell'utente nella produzione della sua assistenza e la necessità di un patteggiamento costante con tutti gli stakeholders coinvolti.

Pertanto, è cruciale che si verifichi un cambiamento nelle tecnologie di lavoro. Per tecnologia intendiamo tutte le risorse usate dai professionisti per produrre il proprio lavoro. Storicamente, il lavoro in salute si è principalmente avvalso di equipaggiamenti, strumenti e ausili che possono essere classificati, in accordo con Merhy (2002), come tecnologie dure. Ad esse si sono accompagnate le competenze tecniche necessarie al loro funzionamento, che possiamo definire come tecnologie lievi-dure. Esiste però un altro ordine di tecnologie, quelle lievi, che rappresentano le relazioni nel processo di lavoro e tra professionisti e utenti. La presa in carico dei bisogni di salute può davvero fare un salto di qualità se si verifica una inversione nell'utilizzo delle tecnologie, dove le tecnologie lievi e lievi-dure diventino il fulcro del lavoro e le altre risorse tecnologiche passino ad essere utilizzate in maniera sussidiaria e funzionale alla risoluzione di determinati problemi.

Ciò può verificarsi in un contesto in cui vengano stimolati il lavoro in equipe multi-professionali, l'integrazione delle reti di servizio e una partecipazione attiva dei professionisti e degli utenti nella composizione dei percorsi di presa in carico. Le Case della Salute, associate al lavoro degli Agenti di Salute, possono facilitare la realizzazione di un'integrazione tra i servizi di assistenza ambulatoriale e di vigilanza e accompagnamento sul territorio.

A tale scopo è importante che ogni equipe si domandi: qual è il progetto terapeutico che stiamo conducendo per questo utente? Per definizione, il progetto terapeutico rappresenta un congiunto di atti assistenziali e di cura pensati per risolvere un determinato problema di una determinata persona. (FRANCO; MERHY, 2004) Pertanto è necessario che

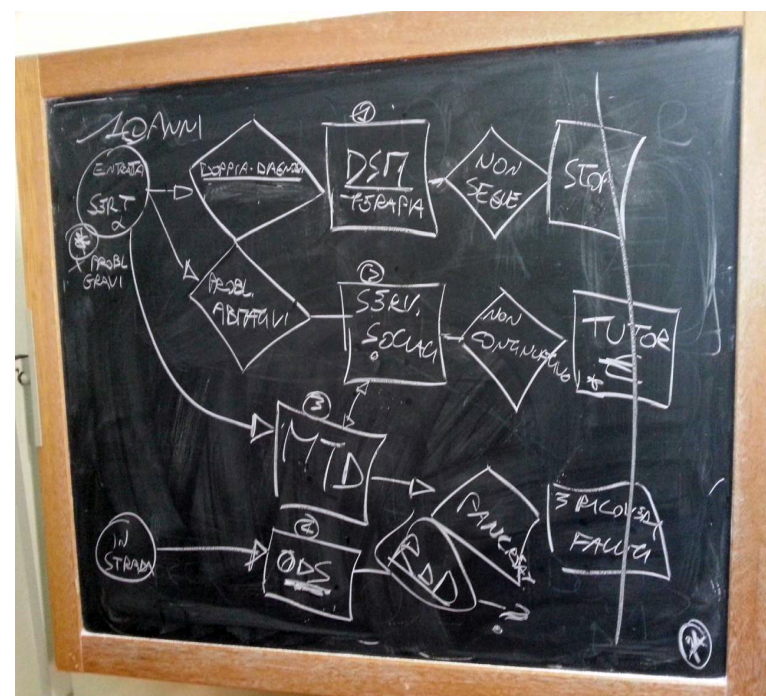
integrare le questioni cliniche in generale con quelle sociali e soggettive. Specialmente nel contesto epidemiologico attuale, in cui le questioni soggettive ricoprono un ruolo cruciale nell'adesione dei pazienti ai progetti terapeutici stessi. Il progetto terapeutico, quindi, nel lavoro quotidiano dei servizi, deve rappresentare l'elemento analizzatore attraverso cui le equipe devono valutare il proprio lavoro per comprendere se sono in grado di rispondere ai bisogni di ogni singolo caso.

L'assistenza ad un utente come analizzatore dei processi di lavoro

Uno strumento molto funzionale all'analisi dei processi di lavoro in salute è il flussogramma analizzatore. Secondo Franco e Merhy (2013), il flussogramma è una rappresentazione grafica di tutte le tappe dei flussi assistenziali. È un modo di osservare l'organizzazione delle pratiche assistenziali in salute a partire da ciò che effettivamente è accaduto e non da quello che era stato pianificato. Come si applica? Se potessimo seguire un utente nel suo percorso alla ricerca di una risposta ai propri bisogni assistenziali, annotando tutti i luoghi in cui è transitato e tutte le azioni che sono state messe in campo dagli operatori dei servizi (orientazioni, consigli, prestazioni, registri, etc..) per cercare di offrire una risposta, avremmo alla fine una descrizione dettagliata del suo percorso terapeutico. Il flussogramma è la rappresentazione grafica di questo percorso, mediante il quale interroghiamo i flussi assistenziali e cerchiamo di comprendere com'è di fatto organizzato il lavoro della rete dei servizi, facendo emergere anche i problemi che possono verificarsi lungo il percorso.

In una recente ricerca realizzata nel contesto del Progetto KILT, nella regione Emilia-Romagna, sono stati realizzati numerosi workshops con equipe di operatori di differenti Aziende Sanitarie. Nel contesto di uno di questi laboratori, è stato possibile analizzare uno studio di caso, che ha svolto la funzione di analizzatore del modo di produrre l'assistenza e del lavoro dell'equipe di un servizio della regione. Anche in questo caso è stato utilizzato il flussogramma, di cui è possibile osservare la narrativa nell'immagine in basso e di cui riporteremo una sintesi.

Figura 1: Flusso riassunto di un utente preso in carico da una rete assistenziale socio-sanitaria.



Fonte: Foto di repertorio del progetto, 2014.

Il caso: l'utente era un giovane che era stato individuato da alcuni Agenti di Salute (operatori di strada) perché si trovava senza fissa dimora. A partire da questa individuazione ha cominciato ad essere seguito dal servizio ed è subito emersa una situazione di cronico abuso di alcool e di altre sostanze stupefacenti. Al momento del contatto le relazioni familiari erano già deteriorate, ma nella vita dell'utente era presente una compagna che partecipava attivamente all'assistenza. I servizi socio-sanitari hanno organizzato vari progetti terapeutici per lui. Il primo è stato implementato dal servizio di salute mentale (psicoterapia individuale a cui l'utente ha rinunciato dopo poco tempo), il secondo dai servizi sociali (sostegno alla ricostruzione dei vincoli familiari e fornitura di risorse materiali per il sostentamento minimo) ed il terzo dal servizio territoriale per le tossico-dipendenze (SERT) allo scopo di disintossicare l'utente dalle varie sostanze utilizzate. Infine vi era un'articolazione propriamente detta con il servizio sanitario per la gestione delle problematiche cliniche intercorrenti. A seguito dello sviluppo di una pancreatite acuta, l'utente è stato ricoverato in ospedale varie volte. Ogni volta per brevi periodi, poiché egli, non appena recuperato un minimo di benessere, decideva di uscire dalla struttura. Era ricorrente nell'utente la caratteristica a negarsi ai trattamenti, evidenziando un verosimile tratto suicidario che quotidianamente produceva un po' di morte in esso stesso. L'equipe aveva identificato questo problema, ma si sentiva impotente ed incapace di incidere su questo aspetto. La storia si protrae per dieci anni. Il tratto verticale che chiude il flussogramma nell'immagine, è il simbolo che identifica anche la fine della vita dell'utente, che muore suicida ancora giovane, nonostante tutti gli sforzi e le numerose risorse impiegate per la sua presa in carico.

I principali interrogativi che è possibile estrarre da questa storia sono i seguenti: perché il progetto terapeutico

fallisce dopo dieci anni di assistenza? Perché le così numerose risorse investite nella presa in carico di questo utente sono state insufficienti?

Osservando nuovamente il riassunto del flussogramma possiamo accorgerci che, immediatamente dopo l'inizio della presa in carico dell'utente, appaiono tre linee distinte, che rappresentano tre differenti flussi assistenziali, e di un quarto in basso che comincia con l'operatore di strada. È ben visibile, dalla ricostruzione schematica, come questi flussi non si integrino in nessun momento, ma piuttosto continuino nei loro percorsi come se la presa in carico di solo una parte del problema fosse sufficiente. È la classica rappresentazione di un lavoro frammentato, in cui i diversi servizi non mettono in condivisione i diversi "saper fare" per la costituzione di un'unica linea. In questo modo, il progetto terapeutico ha perso potenza e non è stato capace di tenere assieme l'"Essere" integrale che costituisce l'utente.

Oltre alla frammentazione del processo di lavoro, un tale progetto assistenziale si è rivelato incapace di interrompere la "linea suicidaria" che l'utente aveva cominciato a sviluppare lungo il percorso. Sono stati 10 anni di relazione assistenziale con l'utente, i professionisti si sono mostrati molto dedicati e le risorse investite sono state ingenti. Tuttavia, lo sviluppo di linee autonome di assistenza, che non si integrano nonostante siano rivolte ad uno stesso utente, hanno impedito la buona riuscita dell'intervento.

Aumentare la capacità dei professionisti per l'assistenza ad un utente di questo tipo richiede: i) integrazione delle linee assistenziali, realizzando un lavoro multiprofessionale di interazione tra i diversi saperi degli operatori; ii) negoziazione dei percorsi assistenziali tra le equipe e tra queste e gli utenti, poiché proprio questi ultimi sono coloro che dispongono della maggior consapevolezza

sul proprio corpo e sul proprio problema. Spesso le equipe si ritengono autosufficienti e non considerano il punto di vista dell'utente. Invece è molto importante che le azioni che vengono messe in campo rivestano un significato per l'utente.

Interrogativi che restano aperti di fronte a questo caso: sono state realizzate soltanto attività focalizzate in protocolli standardizzati e poco interattive? Il progetto terapeutico, non negoziato con l'utente e sviluppato sulla base di direttrici predeterminate, ha mai avuto un senso per quest'ultimo? Queste domande restano per essere discusse e rappresentano elementi fondamentali per la ricerca dei motivi che hanno portato al risultato sopra descritto.

Conclusioni

Questo caso dimostra che per l'utente è stato realizzato un alto investimento di risorse assistenziali, ma mediante progetti terapeutici autonomi, in cui ogni singolo professionista ha implementato un tipo differente di azione, determinando la realizzazione di un'assistenza frammentata e divisa. Così, senza un riferimento condiviso insieme sui problemi dell'utente, il progetto si è mostrato incapace di rispondere a tutti i bisogni.

Lo sforzo che la regione Emilia-Romagna sta conducendo, nella direzione della costruzione di una rete di assistenza primaria rinnovata, è estremamente importante, mediante l'implementazione delle Case della Salute e le sperimentazioni con gli Agenti di Salute. Richiamiamo l'attenzione, però, sul fatto che queste risorse dovranno essere integrate e agire in rete in modo da avere un'assistenza integrale.

Per noi Rete non identifica soltanto la disposizione di differenti servizi sul territorio o soltanto un'integrazione protocollare. Ciò che ci interessa, nel concetto di Rete, è il suo funzionamento e per questo lo intendiamo come flussi e connessioni tra i professionisti che lavorano in territori professionali analoghi. Sono questi ultimi che operano di fatto il lavoro in rete e possono integrare le azioni assistenziali. (FRANCO, 2006) Per questo motivo la formazione delle reti dipende da un patto interno di gestione che incorpori, oltre ai dirigenti, i professionisti stessi.

È molto importante costruire servizi nel modo in cui sta avvenendo, ma soltanto una loro organizzazione formale può essere insufficiente per un vero cambiamento nei processi di lavoro e nei risultati. L'analisi di questo caso ha messo in luce la necessità di configurare un nuovo modo di produrre l'assistenza, che passa attraverso la condivisione dei progetti terapeutici e la riorganizzazione del lavoro, in modo che le tecnologie relazionali diventino il perno delle pratiche assistenziali.

Concludendo, la trasformazione dei servizi non può avvenire in modo prescrittivo, perché in questo settore i professionisti sono dotati di una grande autonomia nel proprio lavoro. È importante considerare, oltre alla dimensione del sapere, anche quella della soggettività e della soggettivazione. Pertanto, riteniamo che sia fondamentale la strutturazione di processi di educazione permanente che, per il metodo utilizzato che predilige le strategie della pedagogia attiva, può avere importanti ricadute su queste due dimensioni dell'apprendimento: la cognizione e la soggettivazione. L'esperienza attuale ed i dati di cui siamo a disposizione dimostrano che questa proposta, nel modo in cui, per esempio, è stata condotta nel sistema sanitario brasiliano, ha mostrato risultati promettenti in favore di una nuova composizione dell'assistenza primaria. (MARTINO et al., 2014)

Bibliografia

MARTINO A, et al., **La valutazione della qualità assistenziale nelle Case della Salute come opportunità per la modernizzazione delle Cure Primarie**. Bologna, 2014.

DELEUZE, G. **Espinoza: filosofia prática**. São Paulo: Ed. Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v.1

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde Textos Reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO T.B., MERHY E.E., **O Trabalho em Saúde, olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **“Gestão Em Redes”**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006

FRANCO, T.B.; MERHY E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde Textos Reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MARX K., “Das Kapital” vol. 1-3 (MEW 23-25), Dietz Verlag Berlin 1867

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. et al. Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 1, p. 155-178, 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA. **Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti nei Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Comunità**. Reggio Emilia, Protocollo n° 2012/0020373, 2012.

LA CASSETTA DEGLI ATTREZZI PER IL LAVORO CREATIVO NELLA GESTIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI

Túlio Batista Franco

Introduzione

Questo testo si propone di discutere l'idea di "cassetta degli attrezzi" per la gestione del lavoro sanitario. Questa discussione ci ha dato l'opportunità di pensare a come poter produrre nuovi strumenti di gestione, necessari al lavoro in salute nel contesto attuale. A partire da questa necessità abbiamo sviluppato un dibattito piuttosto ampio rispetto alle possibilità offerte da vari strumenti che possono essere utilizzati anche in ausilio alla gestione. I principali problemi da affrontare sono i seguenti: in quale direzione condurre la gestione dei processi di lavoro in salute? O anche, per chi fare gestione in salute? Un impegno con la gestione è anche un impegno con il cambiamento dei servizi e dei processi di lavoro, considerando come presupposto fondamentale il fatto che questi ultimi dovranno essere focalizzati sull'utente e sulle sue specifiche necessità. Questa è la priorità assoluta. É importante sottolineare questo per evitare che i servizi

vengano organizzati principalmente secondo una logica di rispetto degli interessi dell'istituzione stessa o di gruppi professionali altamente organizzati tra loro.

Una seconda questione importante per noi è quella di immaginare una gestione che organizzi servizi operanti secondo la modalità del cosiddetto "lavoro creativo". Ovvero che abbia la capacità di stimolare processi costanti di innovazione, a partire dalla creatività e dal potenziale di tutti i professionisti socio-sanitari e dagli utenti stessi, che devono rivestire un ruolo di protagonismo nella produzione della loro presa in carico. A nostro avviso, quindi, tutti gli attori coinvolti esercitano in parte funzioni di gestione, perchè tutti controllano una certa quantità di risorse, immaginari e/o progetti relativi al servizio e governano concretamente il loro modo di operare. L'atto di creazione, presente nel processo di lavoro, è l'espressione della libertà ed esprime un lavoro che si realizza a partire dall'essenza di ciascuno, ossia che nasce dal professionista stesso, che origina in egli stesso, in tal modo liberato dai condizionamenti (affezioni) che lo catturavano. Questi condizionamenti sono realizzati principalmente dalle "linee capitalistiche della morale e della scienza." (FRANCO, 2015) Questa ci pare la questione centrale nell'espletamento di un lavoro di supporto istituzionale¹, di stimolo allo sviluppo

¹ Strategia di sviluppo dei servizi implementata in Brasile, che pone le proprie basi teoriche nell'Analisi Istituzionale, nella Psicoanalisi e nella Pedagogia. Il Supporto Istituzionale si concretizza con lo sviluppo di una nuova professionalità all'interno delle articolazioni del servizio sanitario deputate al governo e alla programmazione dello stesso che si pone l'obiettivo di facilitare i professionisti delle unità operative nelle azioni di valutazione e auto-valutazione ponendosi potenziando la capacità delle stesse di intravedere il proprio potenziale di auto-organizzazione e auto-risoluzione dei problemi. Punta ad agevolare un elevato sviluppo professionale individuale e collettivo. Per approfondimenti: PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. *Interface* (Botucatu), v. 18, Supl 1, p. 895-908, 2014.

del lavoro creativo, ovvero sia come attivare nell'altro la sua potenza per l'assistenza.

È pertanto necessario considerare un presupposto importante: l'imprevedibilità del lavoro di gestione. Non c'è modo di prevedere tutte le questioni che potrebbero manifestarsi ed ognuna di queste si mostrerà inesorabilmente come una sfida per il gestore. Quindi, poiché il lavoro di gestione è caratterizzato da un alto grado di imprevedibilità, è necessario che il gestore si munisca di una cassetta degli attrezzi che lo supporti e gli permetta di creare durante il suo lavoro. E che cosa sono per noi gli strumenti? Sono un insieme di arnesi a cui poter attingere quando ci si propone di gestire un sistema, come per esempio concetti, teorie, strategie di gestione dei collettivi professionali; abilità necessarie a maneggiare le tensioni quotidiane che emergono nelle attività professionali ed, infine, anche ciò che si è imparato dalla propria esperienza. Gli strumenti sono l'insieme di concetti, teorie e abilità che rendono possibile svolgere la gestione.

Non esiste una regola per l'utilizzo di tali strumenti o un libretto di istruzioni che orienti rispetto a quale specifico arnese dovrà essere utilizzato nelle diverse situazioni. Ciò che importa è che il gestore, o il professionista socio-sanitario, abbia un insieme, un archivio, un repertorio di concetti, teorie e abilità a cui poter attingere ogni qual volta ne sentirà il bisogno, a seconda del contesto che si troverà ad affrontare in ogni specifico momento.

I concetti li intenderemo come concetti-strumento, che hanno il potere di operare sulla realtà, modificandola. Il lavoro di supporto istituzionale, che ci si propone di realizzare con un gruppo di dirigenti socio-sanitari, deve essere quello di agire con i gestori per fare in modo che possano costruire la propria specifica cassetta degli attrezzi.

Il gestore assembla la propria cassetta degli attrezzi nello stesso momento in cui esegue il proprio lavoro, è un apprendimento dall'esperienza, è come se l'espletamento del lavoro di per sé determinasse un'analisi e un'autoanalisi circa l'atto produttivo, ed imparasse dallo stesso. Esiste un processo pedagogico inerente all'esecuzione del lavoro. Per questo riteniamo che sia impossibile separare lavoro ed apprendimento, lavoro ed educazione. È in questo senso che diciamo che la cassetta degli attrezzi è prodotta dal gestore stesso. Egli potrà usufruire di un supporto istituzionale, ma la cassetta non verrà prodotta e fornita da altri al posto suo. Non esistono due tempi in questa storia. "Prima produciamo la cassetta degli attrezzi, poi la useremo". Le due cose avvengono contemporaneamente, in atto, sono un processo "a caldo", caratterizzato da una vasta produzione ed un'ampia discussione rispetto allo scenario di pratiche dei professionisti stessi.

Processo di Lavoro Gestionale e "Sovra Implicazione"

Abbiamo discusso della produzione della cassetta degli attrezzi e dell'esercizio permanente di analisi e autoanalisi, delle possibilità di rottura e produzione del nuovo, di movimenti di deterritorializzazione. Che cosa intendiamo con tutto questo? In primo luogo, quando andiamo a lavorare in un contesto di supporto istituzionale, la prima questione che rileviamo è che, spesso, il gestore ed i professionisti che sono coinvolti in quel lavoro di gestione non riescono a percepire vari problemi esistenti nel loro servizio. Perché? Perché la dinamica stessa del servizio nel quotidiano e la loro implicazione con questa dinamica molte volte fa sì che certi problemi si naturalizzino. Ovvero divengono naturali nella misura in cui vengono incorporati nel quotidiano. Così,

qualcosa che alla luce delle nostre teorie e/o concetti può apparire strano, per loro potrebbe essere naturalizzato.

Per esempio: in certi luoghi è molto comune l'esistenza di grandi file di attesa fuori dalle porte di entrata di alcuni servizi assistenziali (es. centro prelievi, centro vaccini, ambulatori etc.). Molto spesso i professionisti che vi lavorano non straniscono di fronte alla presenza di questa fila in cui le persone restano, in attesa di essere accolte. Non straniscono e non si indignano per questa cosa. Ma se noi, da fuori, guardiamo questa stessa fila, immediatamente percepiamo quanto sia un ulteriore fattore di sofferenza per quelle persone, un elemento che si aggrega alla loro malattia. E se la fila genera più patimenti ad un utente che già si trova in una situazione di fragilità, allora è una crudeltà prodotta dal servizio stesso e noi dobbiamo indignarci di fronte a ciò. Quindi noi percepiamo che la fila è un'anomalia, una disfunzione del servizio sanitario. Ma molte volte, per i gestori o per i professionisti, questa situazione si protrae per anni, entra a far parte del loro quotidiano, tanto da non essere più percepita come un'anomalia. Non riconoscono in lei qualcosa che apporta sofferenza all'utente, la naturalizzano. In altri termini, entra a far parte del loro paesaggio, del mondo in cui si inseriscono e vivono la loro vita. Si stabilizzano in quella situazione.

Questo non è che un esempio e ci serve per dire che, in qualsiasi servizio, la stessa cosa potrebbe succedere anche con noi. Nel lavoro di educazione e nel lavoro che svolgiamo quotidianamente, la routine può farci acquisire un certo grado di "cecità" rispetto alle problematiche che affrontiamo. Pertanto, per poterci allertare su queste questioni, è necessario avere uno sguardo anche sul fuori. Questa è la prima questione cruciale: come realizzare un lavoro di supporto alle equipe, che le capaci ad analizzare autonomamente il loro stesso processo di lavoro, per poi riorganizzarlo sulla base delle esigenze degli utenti?

Il Lavoro Creativo

Nel quotidiano delle Unità di Salute, sia di assistenza primaria sia ospedaliera, è possibile osservare che, nella molteplicità di azioni e procedimenti realizzati nell'incontro tra professionisti ed utenti, vi è una mediazione a livello assistenziale esercitata sempre dal professionista nella sua relazione con l'utente. Se nell'incontro tra professionista ed utente gli avvenimenti non si collocano né nel polo del professionista né nel polo dell'utente, ma nel "campo di consistenza" che si forma tra loro, il lavoro di presa in carico si apre a possibilità di azioni insperate o impreviste. La presa in carico che deriva dall'incontro si forma a partire da un insieme di atti assistenziali, frutto degli atti creativi del professionista e dell'utente stesso.

Nelle nostre osservazioni, svolte nelle più disparate unità di salute, abbiamo in qualche caso riscontrato qualcosa di simile ad un'improvvisazione. Succede sempre quando si presentano ostacoli nella strutturazione dei progetti terapeutici. In questi casi vengono realizzati atti insoliti. Abbiamo percepito come questi ultimi sfuggano da qualsiasi previsione iscritta nei protocolli, istituiti allo scopo di guidare e standardizzare le condotte professionali. Si tratta di invenzioni, atti creativi che generano possibilità di risoluzione del problema dell'utente, attraverso deviazioni, "linee di fuga", ovvero qualcosa che risignifica il problema, la necessità, la presa in carico, nel contesto della relazione del professionista con l'utente. (FRANCO, 2015)

Se abbiamo verificato che il professionista può essere creativo in certe circostanze, questo vale anche per il paziente. Questi, a partire dai contesti in cui vivono e si ammalano, portano al servizio sanitario problemi che contengono anche qualcosa di insolito e inatteso. Al contrario di ciò che molti pensano, l'utente è estremamente

attivo rispetto al suo problema e ai progetti terapeutici che gli vengono proposti. Perfino quando si negano di aderire a determinate condotte mettono in atto una reazione ad una prescrizione che non li ha convinti, che non ha senso per loro o che è contraria al loro modo di produrre la vita. Non assumono una posizione passiva. Nella relazione del professionista con l'utente, tutto è produzione dei due. Percepriamo che il mondo dell'assistenza è impregnato di questioni che sorgono come necessità singolari degli utenti e fuggono completamente da qualsiasi previsione o sapere tecnico strutturato, dai protocolli istituzionali.

Identifichiamo così due dimensioni di uno stesso problema: da una parte la grande frequenza di problemi di salute inattesi, non previsti, che fuggono alla standardizzazione; dall'altra i professionisti a cui è richiesto di dare una risposta. Questa risposta, a sua volta, ha bisogno di una condotta che devii dagli standard predeterminati. E tutto questo in un contesto di intensa attività dell'utente. Il professionista si trova sempre stretto tra varie opzioni, dovendo scegliere se adottare soluzioni nell'ambito di ciò che è protocollato o rompere con lo standard ed agire basandosi su ciò che qui chiamiamo "lavoro creativo", ossia creare per se stesso nuove possibilità di assistenza, inaugurando nuove condotte, nuove alleanze, assumendosi certi rischi, lavorando in un territorio di possibilità più ampio. Per fare questo spesso l'operatore assume una posizione di responsabilità individuale, ma quando riesce a fare rete e scelte condivise, allora la responsabilità può anche essere collettiva.

Il professionista esercita un autogoverno sul suo processo di lavoro e crea possibilità di decisione rispetto a cosa e come fare. Questa elasticità nelle pratiche offre la possibilità di lavorare su una logica di cambiamento nella produzione dell'assistenza, discussa da Merhy (2002)

come la risultante di un processo di lavoro, nel caso della salute, centrato sul lavoro vivo in atto. Il controllo che si ha sul proprio processo di lavoro ci permette di poter fare scelte e prendere decisioni. Ma tutto ciò non significa che il professionista sia libero, nella prospettiva di libertà discussa da Spinoza (2008), perchè servitù e libertà sono linee di realizzazione delle soggettività, che si istituiscono nella persona sotto forma di processi di soggettivazione.

La soggettivazione, ovvero la formazione continua e illimitata di soggettività, avviene sulla base degli incontri che interessano la persona lungo la propria esperienza, in determinate e specifiche condizioni spazio-temporali. Le esperienze attraversano la persona istituendo forme specifiche di significazione della realtà in cui è inserita. Pertanto, possiamo immaginare come i multipli incontri che avvengono nella vita di un professionista lo modifichino continuamente e significativamente.

La soggettività si può organizzare grazie ad infiniti condizionamenti che agiscono sulla persona, ma in questo contesto indicheremo alcune linee di produzione soggettiva che ci interessano per discutere il lavoro in salute: i) le logiche capitalistiche, che operano nel processo di lavoro come linee di organizzazione degli interessi corporativi professionali; ii) le linee di ordine morale, che agiscono regolando la vita secondo precetti egemonici di buona condotta nella società e che stabiliscono un giudizio di valore sulla vita rispetto al livello di obbedienza della persona a queste regole; iii) il sapere della scienza, che cerca di esercitare il controllo dei corpi attraverso un regime disciplinare verso determinati modi di vivere, operando nella logica del biopotere. Ciscuna di queste logiche agisce come una linea di forza di soggettivazione, determinando condizionamenti collettivi che fanno sì che il professionista dia un determinato significato al modo specifico con cui gli utenti producono la loro vita. Il grande

dilemma del professionista della salute, così come di tutte le altre persone, è quello di vivere tra la servitù e la libertà, prigioniero di queste linee di forza o libero di agire secondo la propria idea di assistenza. Stare nella servitù o nella libertà è l'effetto che queste linee di condizionamento esercitano sul professionista e, conseguentemente, sul suo processo di lavoro. Ciò che abbiamo potuto notare, è che, anche quando è presente la possibilità di decidere in merito al proprio processo di lavoro, essere libero è qualcosa che va aldilà del libero arbitrio e si riferisce ad un regime di vita nel quale la produzione del sé e del mondo si confondono quando il professionista realizza la sua natura nell'atto di prendere cura. Come in un risvolto, realizza una sintesi tra l'interno e l'esterno, il dentro e il fuori, il soggettivo ed il sociale. Pertanto, il grande catalizzatore di questo processo produttivo è proprio l'incontro e quanto questo sia governato dai condizionamenti di cui abbiamo discusso. Per comprendere questo processo ricorremo alla teoria degli affetti (condizionamenti) di Spinoza (2008), perchè la soggettivazione, ossia il processo dinamico e intenso di produzione soggettiva, si colloca come una questione centrale per la definizione del lavoro creativo.

I condizionamenti soggettivi che operano nei processi di lavoro in molti casi non sono percepiti dai professionisti, ma è proprio a partire da questi ultimi che essi assumono determinate posizioni rispetto alla loro pratica quotidiana, alle tecnologie di lavoro e al modo in cui si relazionano con gli utenti. E anche sul versante della comprensione dei processi nei quali essi si inseriscono, quest'ultima può formarsi limitatamente sul piano della conoscenza tecnica, oppure può andare oltre, verso un sapere che Spinoza (2008) chiamerà di "scienza intuitiva". Ma ad ogni modo è importante notare che percezioni in diverse dimensioni significano, alla stessa maniera, differenti modi di affrontare le problematiche di salute e la presa in carico dell'utente.

Supporto Istituzionale alla Gestione dei Servizi Assistenziali

L'obiettivo di un lavoro di supporto istituzionale è cercare di accrescere la "cassetta degli attrezzi" dei professionisti con strumenti che permettano ad essi stessi ed ai gestori di produrre un processo di analisi ed auto-analisi rispetto al proprio servizio. Capacità analitiche quindi, ma anche di sviluppo di capacità percettive rispetto a ciò che si sta vivendo in quel servizio: tutte le implicazioni insite nel lavoro, le relazioni che il servizio intesse tra i professionisti, il loro lavoro multidisciplinare e l'utente. Percepire in toto il mondo del lavoro in cui si inseriscono. Parte fondamentale di questo movimento è l'auto-analisi. Di che cosa stiamo parlando? Si tratta di un'analisi di se stessi, considerando il contesto in cui si opera, il processo di lavoro e l'insieme di relazioni stabilite al fine di realizzarlo. Non è semplice compiere un buon esercizio di auto-analisi, perché ci si può imbattere in problematiche della presa in carico che il soggetto non riconosce come derivanti dalla propria produzione. Concludere che qualcosa che era stato fatto per produrre del bene, alla fine ha prodotto del male, è sempre molto difficile e doloroso. Per esempio, agire per strutturare il modo migliore di regolare la porta di entrata di una Casa della Salute e successivamente verificare che quell'azione ha determinato grandi barriere di accesso e ha aumentato la sofferenza degli utenti che cercano aiuto nel servizio, può essere molto frustrante. O ancora, un professionista che visita tutto il giorno pazienti ed è convinto di realizzare un ottimo lavoro, ma che durante l'auto-analisi avverte che il suo operato è stato percepito come rapido, prescrittivo, amministrativo, freddo e che ha prodotto insicurezza ed insoddisfazione negli utenti, potrebbe avere grosse difficoltà ad accettarlo. Non è facile prendere coscienza che quel suo processo di lavoro è poco confortevole per il paziente, al

quale sta aggregando sofferenza perchè non è in grado di aprire spazi di dialogo e ascolto nella relazione di presa in carico. Tuttavia, solo mediante un tale esercizio egli si potrà percepire come un professionista che non sta esercitando un lavoro lodevole e potrà apportare i correttivi necessari. L'esercizio di auto-analisi è difficile, ma è la possibilità che i professionisti hanno di intravedere i problemi esistenti nei loro processi di lavoro, per poi successivamente modificarli, attraverso rotture con l'esistente e nuove costruzioni.

Produzione Soggettiva della Gestione in Salute

I processi di cambiamento nei modelli di gestione socio-sanitari non possono essere condotti soltanto in modo prescrittivo e/o normativo. Per il cambiamento è necessario che tutti gli attori coinvolti percepiscano in che cosa il loro lavoro non si stia dimostrando efficace. Ciò deve verificarsi, però, mediante la partecipazione attiva dei soggetti e la condivisione delle strategie. Sono i professionisti stessi che devono mettere in atto una rottura con il loro modo di lavorare e riorganizzarlo. È necessario avere un metodo nelle attività di supporto istituzionale che riesca a produrre questo movimento nel lavoratore e nel gestore. Questa è la sfida: la possibilità di rompere, costruire nuove pratiche e organizzare nuovi processi di lavoro. È un processo di deterritorializzazione, che ci colloca nel campo di discussione delle soggettività e dei processi di soggettivazione.

La soggettività esprime una forma singolare di percezione del mondo e di intervento su di esso, in uno spazio ed in un tempo unico e specifico, e che si basa sull'esperienza. Per esempio, in un'identica situazione di lavoro, nella relazione con un utente dei servizi ciascun

professionista, familiare o cittadino coinvolto con questo utente, ha una percezione singolare verso il suo problema e su quale dovrebbe essere la miglior forma di presa in carico. Questa percezione può variare nel tempo e nello spazio ed è questo che chiamiamo singolarità. La percezione singolare dei problemi influenza anche la forma di intervento sugli stessi e sulla realtà dell'utente. Consideriamo il lavoro con i migranti in Europa. Se la percezione del migrante è asimmetrica rispetto a quella di un cittadino europeo, il lavoro rispetto alla sua salute seguirà questa asimmetria e conseguentemente si avrà un processo di produzione dell'assistenza differente.

Per cambiare questa prospettiva asimmetrica è necessario effettuare una rottura con la soggettività già costituita in ciascuno, ciò che Rolnik (2006) chiama processo di deterritorializzazione, ossia di frattura con il territorio esistenziale. Questo territorio è il luogo in cui si iscrive la soggettività che organizza l'azione del soggetto nel mondo. La soggettività cambia a seconda delle esperienze vissute, pertanto è un processo continuo ed illimitato. Per questo è più appropriato riferirsi sempre a processi di soggettivazione, poiché il nostro corpo si modifica quotidianamente, sulla base delle multiple esperienze professionali e della vita in generale. È per queste questioni che riteniamo che un processo di trasformazione in ambito socio-sanitario debba coinvolgere, oltre ad un'evoluzione nel campo del sapere, anche un processo di cambiamento delle soggettività.

Il movimento di deterritorializzazione richiede la costituzione di un nuovo territorio esistenziale, poiché è impossibile rimanere molto tempo deterritorializzati senza un terreno in cui affermare le proprie nozioni di mondo. Questo movimento pone costantemente la persona in un luogo di transizione e, siccome si tratta di una rottura della soggettività, viverlo può provocare tre ordini di paura: "la

paura ontologica di morire, la paura psicologica di impazzire e la paura sociologica di fallire." (ROLNIK, 2002, p.54) Per questo motivo è necessario costruire un nuovo territorio esistenziale che re-significhi il mondo e se stessi allo stesso tempo.

Perché diciamo che re-significare il mondo significa anche dare un nuovo senso a se stessi? Perché il mondo, o meglio, l'ambiente sociale, non è qualcosa separato dalla persona, ma esiste "in noi" come un risvolto, in cui la soggettività si produce nelle relazioni sociali e nelle esperienze della vita vissuta, e allo stesso tempo il modo in cui questo mondo si esprime nella soggettività della persona fa sì che essa ritorni all'ambiente sociale producendolo in modo differente attraverso le sue azioni. Un cambiamento nel soggetto porta ad un cambiamento del mondo in cui vive e lavora.

Non tutti coloro che cominciano il processo di deterritorializzazione riescono a transitare in un nuovo territorio esistenziale. Alcuni, durante questo movimento, non riescono a sopportare il processo e ritornano al territorio di prima. E spesso, quando questo accade, il soggetto si ritrova legato al territorio in maniera più fissa e rigida rispetto a prima. Pertanto, percepiamo che il movimento dell'attività di supporto istituzionale alla gestione dell'assistenza richieda un metodo che renda possibile la re-significazione di questo mondo, come espressione di una nuova soggettività. È necessario avere un metodo che riesca ad operare, contemporaneamente, nel campo del sapere e nel campo della soggettivazione.

Il sapere è fondamentale, ma è insufficiente a generare nuove pratiche e nuove modalità di lavoro. È necessario operare anche movimenti di soggettivazione. Questa è la grande sfida del metodo, in cui l'educazione assume una rilevanza molto importante ed è associata al lavoro, nella

prospettiva dell'educazione permanente, come inerente alla propria attività. Il supporto istituzionale si pone come un componente pedagogico molto importante per lavorare sia nel campo cognitivo sia in quello delle soggettività.

Il Lavoro Creativo come Possibilità

Ci proponiamo ora di fare un'associazione tra il lavoro di supporto istituzionale per la gestione dell'assistenza e il tentativo di generare nei professionisti la possibilità dell'esercizio del lavoro creativo. Abbiamo visto che tale lavoro si relaziona con la libertà, con la realizzazione della natura stessa del professionista di operare l'assistenza libero dai condizionamenti che le linee di cattura esercitano sull'espletamento del lavoro.

Questi imprigionamenti sono vincolati ai campi delle logiche capitaliste; della morale, che istituisce valori sui modi di vivere; della scienza, come istituto della verità. Per liberarsi da questi campi di controllo e produzione soggettiva dell'assistenza, il supporto istituzionale deve esporre il professionista al proprio processo di lavoro, rafforzandolo con l'analisi e l'auto-analisi che si possono realizzare. Ma non è soltanto questo, l'esposizione fa riferimento ad un apprendimento con il corpo, che attiva le possibilità presenti in esso di percepire differentemente le cose, le relazioni e il mondo nella sua intensità. Ciò che Rolnik (2006) definisce come "corpo vibratile" che riesce a percepire il sensibile, l'affettivo di ciascuno. Questa percezione dà al professionista una grande possibilità di produzione del mondo in cui si trova, perchè gli permette una ridefinizione più nitida della realtà, con tutti i suoi contorni, curve e sfumature, l'essenza di ciascuno, i vertici

del cambiamento. Il professionista comincia ad operare non soltanto con il suo sistema cognitivo, ma con le intensità del suo corpo, che sono infinite.

L'attività di supporto istituzionale alle equipe di professionisti necessita che il fulcro del lavoro si concentri sul professionista stesso, che lo si esponga alla sua percezione e al suo modo di produrre il proprio lavoro, affinché questo serva come oggetto di studio. Ciò può essere fatto utilizzando "studi di caso", in cui il caso non è soltanto una fonte di dati, ma può mostrarsi con tutta la sua potenza di dimostrazione, denuncia e attivazione di condizionamenti nel gruppo che interagisce con il caso stesso. Fornisce un apprendimento calato sulla realtà a partire dalla pratica, mettendo in luce il modo in cui si produce la presa in carico, e ciò rende possibile operare anche nel campo affettivo, delle soggettività.

Pertanto, il lavoro creativo appare come una possibilità, come un processo di grande esposizione a se stessi e al mondo che circonda i professionisti, agli aspetti più profondi della loro relazione con i percorsi di cura, che rappresenta la percezione affettiva e sensibile degli effetti della loro relazione con l'altro, capace di rafforzarli affinché possano resistere ai processi di cattura.

Per concludere: Strumenti Analizzatori come dispositivi di supporto istituzionale

Gli Strumenti Analizzatori si sono rivelati utili ausili al processo di supporto istituzionale per la gestione dei sistemi socio-sanitari e per l'analisi dei processi di lavoro delle equipe di professionisti. Citerò rapidamente tre strumenti che sono stati utilizzati come dispositivi per attivare gruppi di professionisti alla costruzione di percorsi di analisi del loro mondo. Sono usati come mezzi di produzione di narrative del quotidiano, come risorse per l'apprendimento cognitivo e affettivo.

- Il Flussogramma Analizzatore (FRANCO; MERHY, 2004) è una rappresentazione grafica di un processo di lavoro in flusso, sviluppato in relazione ad un utente o ad un particolare itinerario terapeutico, che non si restringe al servizio socio-sanitario in sé, ma deve contemplare tutti i luoghi che i professionisti e l'utente articolano all'interno della rete assistenziale.

- La Rete di Richieste ed Impegni (FRANCO; MERHY, 2004) è in primo luogo una rappresentazione grafica di una rete che si costituisce o tra i professionisti quando lavorano in equipe o tra varie unità operative che si relazionano tra loro allo scopo di produrre la presa in carico. La rete di richieste ed impegni parte dal presupposto che ogni lavoro nel campo socio-sanitario è un lavoro in rete. I professionisti sono connessi tra loro anche quando questo legame non è formalizzato. Questa rete è inerente al processo di lavoro. Se ogni lavoro in salute è in rete, la rete di richieste ed impegni ci aiuta ad analizzare le relazioni. Attraverso l'utilizzo di questo strumento è possibile individuare e descrivere quali sono le richieste che un professionista fa ad un altro nella loro relazione di

lavoro e, contemporaneamente, quali sono gli impegni che esso assume in cambio. La relazione di lavoro si realizza tra richieste ed impegni mutui nell'ambiente di produzione dell'assistenza. La rete di richieste e compromessi serve per mappare le richieste e gli impegni di un'equipe o di una rete di servizi socio-sanitari e fa emergere le tensioni esistenti. L'analisi parte proprio dalle tensioni affinché possano essere percepibili più chiaramente le relazioni di lavoro e siano resi possibili nuovi assetti organizzativi più funzionali.

- Le Mappe Analitiche (FRANCO, 2006), alla stessa maniera, sono mappe che mostrano le relazioni dei professionisti con il loro lavoro, contestualizzandosi nei processi di gestione. Generalmente ai professionisti si propone di elaborare tre mappe, allo scopo di fare emergere ai loro occhi le realtà in cui sono inseriti: 1) la mappa dei conflitti - tutti vivono conflitti dentro alle proprie organizzazioni, ma spesso non vengono lasciati emergere, non se ne parla. Non parlandone, i conflitti continuano a ripetersi nelle relazioni, interferendo con la produzione dell'assistenza; 2) la mappa degli atti inutili - in ogni organizzazione si realizzano molti atti inutili e anche in questo caso molte volte non vengono discussi. "Quel report di duecento pagine che ho dovuto fare e che è rimasto sul tavolo del direttore a prendere la polvere.", ecc., ecc.. E' necessario mantenere chiaro in mente che l'"inutile" percepito da alcuni, potrebbe non esserlo per altri, e che le relazioni nel quotidiano delle organizzazioni sono estremamente complesse, quindi le percezioni possono divergere grandemente; 3) la mappa degli atti insoliti, che descrive ciò che è innovativo, realizzato dai professionisti e dai gestori.

Le mappe suggeriscono la costruzione di cartografie del lavoro stesso. È importante che le mappe siano fatte dai professionisti che stanno discutendo il loro processo di lavoro. Questo perché è funzionale al processo di apprendimento l'esposizione dei professionisti e dei gestori alle situazioni pratiche del lavoro e del mondo a cui appartengono. In questo modo sarà possibile comprendere la costruzione e mediare la de-costruzione dei processi di lavoro permettendo la formazione di un pensiero e di una pratica creativa nella gestione.

In conclusione, ciò che è importante tentare a mente è che il supporto istituzionale è un'attività di produzione e auto-produzione nella misura in cui, nella relazione con la diversità delle realtà alle quali ciascuno si espone, è presente un processo di apprendimento. Un processo di educazione "a caldo", in atto, e nel calore degli avvenimenti.

Bibliografia

FRANCO, T.B. Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2015.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **"Gestão Em Redes"**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Ferramentas Analisadores em apoio ao Planejamento. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

TEORIA E PRATICA DELLA RICERCA: dall'epistemologia all'attivismo¹

Chiara Bodini

Un sapere (non) neutro

Mi pare che l'idea tradizionale di un'università essenzialmente neutrale rispetto alle questioni sociali sia un mito o una finzione, che non ha validità oggi e che non è mai stata vera. Non sono sicuro se, in termini generali, l'idea di un'accademia 'pura' sia una simile finzione, ma tendo a crederlo. L'università è un'istituzione sociale [...] la celebrata neutralità dell'università è, in effetti, niente più della postura cui essa si è adattata all'interno di un sistema sociale un tempo stabile e sicuro." (MULLER, 1969, p.586)

A pronunciare questa frase, in un discorso alla American Political Science Association nel 1969, fu Steven Muller, vice preside della prestigiosa Cornell University coinvolto pochi mesi prima nella tesissima gestione di un'occupazione armata del campus da parte di un centinaio

¹ Adattato da BODINI, C. **Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia.** Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, A.A. Università di Bologna, 2012-13

di studenti afroamericani. Erano gli anni delle proteste contro la guerra in Vietnam, come anche delle battaglie antirazziste in una società (università in primis) ancora fortemente segregata. Muller prosegue infatti dicendo: “Viviamo oggi in una società molto irrequieta in cui i sistemi stabiliti sono fortemente messi in discussione. L’università come la conosciamo ha legami stretti con tali sistemi, legami che non erano prima riconosciuti o messi in discussione, ma che non possono più essere ignorati.” (MULLER, 1969, p.587)

Questa citazione pone direttamente al centro un concetto che, pur sembrando un dato acquisito e innegabile (anche per un professore non certo rivoluzionario come Muller), resta a oltre quarant’anni di distanza una presa d’atto scomoda: l’università è un’istituzione sociale, interna alle trame di sapere-potere che contribuisce a (ri)produrre. Non un laboratorio sterile dove viene confezionato sapere tecnico ‘puro’ ma, nel bene e nel male, una parte di mondo con le sue complessità, contraddizioni e poste in gioco. Se per molti ambiti delle scienze sociali e umane questo sembra essere ormai assodato, così non è per buona parte delle cosiddette ‘scienze dure’ e anche per la medicina (che, benché ibrida nei saperi e ancor più nelle pratiche, disconosce volentieri il suo lato sociale per assimilarsi ad esse). Inoltre la citazione si colloca in un’epoca in cui, a livello internazionale, correnti di pensiero critico attraversano la società e, dunque, l’università e i processi di costruzione, divulgazione e utilizzo della conoscenza accademica. I movimenti degli anni Sessanta e Settanta hanno un’importante influenza soprattutto sulle scienze sociali, trasformando e diversificando i curricula accademici e contribuendo a superare molti dei tradizionalismi dell’università. (FOX PIVEN, 2010)

Le decenni passate non hanno spento le tensioni, esistenti tutt’oggi, tra una visione del sapere come dato neutro e oggettivo, e una che lo vede come costruito sociale, ma si può dire che in molti ambienti è per lo meno affrancata la possibilità di parlare e discutere del tema, inevitabilmente politico, senza essere per questo estromessi (in senso figurato e non) dal cerchio accademico. Non si tratta di una questione di prestigio, ma di credibilità e spendibilità sociale, nonché di legittimità politica e culturale, di alcune tesi rispetto ad altre.

A conferma di quanto detto, si trovano in letteratura (in discipline che vanno dalla sociologia alla medicina, dagli studi su scienza e tecnologia all’antropologia, dalla salute pubblica alla filosofia della scienza) numerose prese di posizioni che, partendo dalla consapevolezza dei profondi legami tra scienza e società, ne traggono l’inevitabile conseguenza che ogni sapere è posizionato. Una versione radicale di questo assunto si trova in Freire, quando afferma che l’educazione non può essere neutra perché o serve a integrare le persone nel sistema attuale, e dunque a mantenerlo, o diviene strumento di liberazione e trasformazione verso il cambiamento. (FREIRE, 2004)

Accademia 'schierata'

Il campo dell'antropologia medica offre qualche primo spunto. In un articolo dall'evocativo titolo "Oltre la torre d'avorio", Merrill Singer sostiene che un antropologo è per definizione coinvolto nella situazione che studia e descrive (meglio, co-costruisce), dunque la domanda da porsi è: coinvolto a beneficio di chi? Domanda analoga a quella che, anni prima, Maccacaro rivolgeva in tono provocatorio alla medicina che si dice 'dalla parte dell'uomo': "di quale uomo?" (BERLINGUER et al., 1979) Posizionandosi a favore di una 'antropologia medica critica', Singer sostiene che non ci si può astenere dall'entrare nel merito del dominio pratico della salute. L'antropologia medica critica si definisce 'consapevolmente politica' nella misura in cui prende atto che la salute è una questione profondamente politica, è consapevole della propria trascorsa complicità con i regimi coloniali così come delle origini sociali, storiche e politiche di tutta la conoscenza, definisce il potere come variabile fondamentale della ricerca, politica e programmazione in salute, e vede il proprio ruolo come impegnato per il cambiamento sociale in senso emancipatorio. (SINGER, 1995)

Muovendo da analoghe posizioni, Nancy Scheper-Hughes si spinge a parlare di 'antropologia militante' a sottolineare le istanze etico-morali che, a suo dire, impongono un chiaro posizionamento politico. Definendola una caratteristica 'femminile', Scheper-Hughes sostiene che l'antropologia si deve interrogare non solo su come le persone pensano, ma anche su come si comportano le une con le altre, entrando così direttamente nelle questioni etiche e di potere. È una netta presa di distanza dall'antropologo 'osservatore' (passivo, neutro e oggettivo), e in favore di un ruolo di 'testimone', collocato all'interno dello svolgersi degli eventi come essere umano responsivo,

riflessivo e in grado di prendere posizione. D'altra parte, la neutralità è solo un'illusione poiché, in un mondo stratificato, non prendere posizione è "collaborare con le relazioni di potere e silenzio" che informano le logiche di dominazione e sfruttamento. (SCHEPER-HUGHES, 1995)

Entrambe le posizioni citate sollevano numerose problematiche, e ancora più numerose critiche, rispetto alla complessità dei rapporti tra conoscenza ed etica e tra obiettività e neutralità, ma hanno il pregio di rendere manifesto il fatto che non è possibile evitare di confrontarsi con l'argomento.

A sostegno dell'attivismo accademico, Young et al. fanno notare che, fin dai tempi della retorica classica, il coinvolgimento critico nella sfera pubblica è stato un compito precipuo degli intellettuali. (YOUNG; BATTAGLIA; CLOUD, 2010) Citando Haskins, le autrici ricordano che Isocrate sfidò Aristotele proprio sul terreno della inseparabilità tra teoria e pratica. (HASKINS, 2004) E proseguono con il filosofo pragmatico John Dewey, il quale riteneva che gli accademici dovessero "plasmare la realtà verso obiettivi sociali positivi, non stare in disparte in rigoroso isolamento." (YOUNG; BATTAGLIA; CLOUD, 2010, p. 432) Per finire con Gramsci e la sua tesi sul 'nuovo' intellettuale, che non deve partecipare solo con l'eloquenza bensì "...mescolarsi attivamente alla vita pratica, come costruttore, organizzatore, 'persuasore permanente' [...]; dalla tecnica-lavoro giunge alla tecnica-scienza e alla concezione umanistica storica, senza la quale si rimane 'specialista' e non si diventa 'dirigente' (specialista + politico)." (GRAMSCI, 1975, p. 1550-1551)

Un altro ambito disciplinare dove si trovano riflessioni in questo senso è quello degli studi sulla scienza e la tecnologia. Woodhouse et al., in un articolo dall'esplicito titolo "Science studies and activism", si schierano per una prospettiva 'ricostruttivista'. Ciò significa aver preso

atto del fatto che scienza e tecnologia sono contingenti e socialmente negoziate, e da lì muovere verso interrogativi su come contribuire a ‘ricostruirle’ al fine di promuovere una civilizzazione più democratica, sostenibile, giusta. Lo sforzo deliberato di strutturare domande di ricerca, descrizioni e spiegazioni a fini sociali è definito ‘normativo’, in quanto critico rispetto alle problematiche e ai fallimenti rilevati e prescrittivo nei confronti di possibili alternative. Gli autori parlano di ‘attivismo’ facendo riferimento a uno spettro di metodi che gruppi, generalmente con poco potere istituzionale, utilizzano per influenzare opinioni, politiche o pratiche in senso democratico. Si può essere accademici attivisti in vari modi, talora semplicemente ‘svelando’ la sostanza socio-politica della scienza, ovvero entrando nel dibattito sulle politiche, o in senso più radicale adottando metodologie come la ricerca-azione partecipata. Ma gli autori propongono anche un’altra presa di posizione, un atteggiamento che chiamano ‘partigiano’ e che pongono in discussione come questione di metodologia professionale e strategia intellettuale. L’argomentazione poggia sul fatto che, poiché la situazione attuale è fortemente sbilanciata (accesso diseguale a finanziamenti, expertise e altre risorse politiche da parte di diversi gruppi sociali), accademici che desiderino migliorare gli esiti sociali della ricerca dovrebbero schierarsi in modo da contrastare gli squilibri esistenti. Ciò significa non solo spostarsi dall’università alla comunità, ma anche accogliere gli interessi dei gruppi attualmente svantaggiati nelle negoziazioni sociali. Esempi di questo tipo si trovano tra gli scienziati dell’ambiente impegnati a documentare gli interessi dell’agrobusiness nel mercato dei pesticidi, così come tra gli epidemiologi che studiano l’alta prevalenza di tumori in comunità svantaggiate. Se è vero che scegliere questi contesti implica necessariamente un giudizio, ciò vale anche per priorità di ricerca altre che – se pure informate da motivazioni

differenti – sono comunque frutto di valutazioni passibili di scrutinio critico. L’interrogativo suggerito dagli autori deriva da una domanda che riprende l’interrogativo della Singer: per chi lavoriamo? Rispetto a ciò, se si accetta l’idea che la conoscenza è socialmente costruita, e che è una risorsa che viene utilizzata in modo diseguale da gruppi in diverse posizioni sociali, accontentarsi dell’idea che qualunque ‘nuova conoscenza’ è genericamente e ‘universalmente’ utile non è più possibile. È invece necessario chiedersi quali forze sociali condizionano l’agenda di ricerca e cosa può essere fatto per rimodularla. (WOODHOUSE et al., 2002)

La riflessione fin qui condotta riguarda le pratiche (priorità, metodi, stili) e i luoghi (università, comunità) di produzione della conoscenza, le politiche che le informano – di natura economica (finanziamenti), accademica (criteri di reclutamento e valutazione), culturale (gerarchia dei saperi), sociale (convenienza, interesse, legittimità), così come le modalità di traduzione e divulgazione e i rispettivi pubblici. In tal senso, svariate raccomandazioni vengono formulate perché da un lato l’architettura accademica si faccia più ‘accogliente’ per forme non tradizionali, ma socialmente valide, di ricerca, scrittura e divulgazione; dall’altro perché gli accademici inclinino all’attivismo trovino stili e modalità di condivisione adatte alla fruizione sociale delle loro ricerche. (YOUNG; BATTAGLIA; CLOUD, 2010; WOODHOUSE et al., 2002; BAUM; MACDOUGALL; SMITH, 2006)

Attivismo e salute

Per quanto riguarda il campo della medicina, o per lo meno della sanità pubblica, la sua interpretazione come scienza sociale a tutti gli effetti è ben radicata in numerosi esempi storici, a partire dalla frase di Rudolf Virchow che riassume molto efficacemente il concetto: “la politica è medicina su larga scala”. In un recente contributo pubblicato sul *Lancet*, Ron Labonte ricorda come, impegnato nello studiare un’epidemia di tifo tra i minatori di carbone, Virchow formulò indicazioni ‘rivoluzionarie’ come aumentare la democrazia, dare diritto di voto alle donne, migliorare i salari e le condizioni di vita, introdurre sistemi di tassazione progressiva; (LABONTE, 2013) indicazioni per altro non così lontane da quelle contenute nel rapporto conclusivo della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute, così come nella sua più recente ‘declinazione’ britannica. (MARMOT, 2010) Labonte ci ricorda anche di John Snow, contemporaneo di Virchow, il cui lavoro epidemiologico sul colera a Londra portò a identificare la fonte del contagio nella famosa pompa idrica di Broad Street, che fu disattivata (temporaneamente, perché non venne dato alle tesi di Snow il sufficiente credito ‘scientifico’, in un’epoca in cui la teoria dei germi non era ancora stata sviluppata e il pensiero dominante era basato sulla teoria dei miasmi). (LABONTE, 2013)

Snow e Virchow, entrambi duramente osteggiati dai rispettivi establishment politico-accademici benché il loro lavoro fosse impeccabile dal punto di vista ‘scientifico’, vengono utilizzati dall’autore in quanto illustrativi di due forme di attivismo in salute: il primo ha offerto una soluzione precisa a un problema particolare, il secondo ha proposto modalità di trasformazione di un ordine sociale patogeno. Tra gli interpreti di questo secondo approccio viene ricordato anche Salvador Allende, medico, ministro della salute e

poi presidente del Cile nonché leader dello sviluppo della medicina sociale latinoamericana. Significativo il fatto che, mentre le sue riforme in ambito sanitario furono tollerate, la sua visione di società democratica venne stroncata dal colpo di stato, culminato con il suo assassinio. (LABONTE, 2013)

La storia dell’attivismo in salute è ricca di esempi significativi, tra cui spiccano l’approvazione del Public Health Act inglese nel 1848 (in cui il ruolo della Health of Towns Association, uno dei primi gruppi di pressione in salute pubblica, è ben documentato anche se spesso misconosciuto) e l’entrata in vigore della Framework Convention on Tobacco Control (culmine di battaglie di anni iniziate dall’associazione Action on Smoking and Health, ASH). Berridge, che ricorda questi episodi in un recente articolo sul *BMJ*, aggiunge che se da un lato è innegabile il ruolo della comunicazione scientifica nell’aver informato tali campagne, dall’altro è opportuno ricordare che non tutti gli scienziati erano d’accordo. Per esempio, negli anni Cinquanta Austin Bradford Hill e Richard Doll, che avevano scoperto la relazione tra il fumo e il tumore al polmone, ritenevano che trarre conseguenze operative dai loro risultati non fosse un loro compito, ma spettasse ai decisori politici. (BERRIDGE, 2007)

Esempi più recenti dell’impatto dell’attivismo in salute e in medicina riguardano numerose condizioni tra cui la salute delle donne (più nello specifico, la salute riproduttiva e il tumore al seno) e i regimi di prevenzione e cura dell’infezione da HIV. (LAVERACK, 2012; LABONTE; SCHRECKER, 2007) È bene ricordare che, oltre a cambiamenti sul piano delle politiche, questi e altri movimenti hanno agito anche come motori di cambiamento culturale, a sua volta un importante determinante delle decisioni politiche per via delle pressioni elettorali. (BERRIDGE, 2007)

Sembra che negli ultimi anni si assista a un ritorno di interesse intorno al ruolo alle dinamiche dell'attivismo in salute, a cui nel 2011 è stata perfino dedicata una conferenza presso la prestigiosa università di Yale. (HUANG, 2011) Tuttavia, i curricula formativi delle professioni sanitarie restano profondamente informati da un sapere 'scientifico' che nega le sue origine e co-responsabilità rispetto al più ampio contesto sociale, e la ricerca accademica (e i ricercatori), protetta dal conformarsi al regime di razionalità tecnica, è lungi dall'interrogarsi su chi ne determina l'agenda, per quali interessi e con quali effetti sulla natura del sapere prodotto.

Riflessioni epistemologiche

Secondo Edgar Morin, noi "abitanti del mondo occidentale o occidentalizzato" soffriamo, senza saperlo, di due tipi di carenze cognitive: la prima riguarda la cecità di un modo di conoscenza che, frammentando i saperi e compartimentandoli in discipline non comunicanti, ostacola l'accesso ai problemi fondamentali e globali che necessitano di conoscenze transdisciplinari; la seconda riguarda l'etnocentrismo, che "ci arrocca sul trono della razionalità e ci dà l'illusione di possedere l'universale". Tra le carenze più gravi che questo sistema produce vi è l'incapacità di contestualizzare l'informazione integrandola in un insieme che le dia senso, a cui si associano alcune ulteriori limitazioni: il riduzionismo, il binarismo, la causalità lineare e il manicheismo. (MORIN, 2012)

Morin mette in evidenza come ad ostacolare la conoscenza non vi sia solo l'ignoranza, ma la conoscenza stessa: a suo modo di vedere, l'istruzione iperspecializzata sostituisce le antiche ignoranze con una nuova cecità, che

conosce solo il calcolo come forma di conoscenza (occultando le realtà affettive degli esseri umani) e che si nutre dell'idea che la razionalità determini lo sviluppo (confondendo razionalizzazione tecnoeconomica e razionalità umana). Egli auspica una riforma del pensiero, necessaria a una riforma della conoscenza, di carattere epistemologico e riflessivo. Sul fronte epistemologico, essa dovrebbe sostituire il paradigma che impone di conoscere per separazione e riduzione con uno capace di conoscere per distinzione e congiunzione. Sul fronte riflessivo, si tratta di riassumere la capacità di un autoesame critico permanente. Il pensiero cui tendere, capace di collegare le conoscenze fra loro, le parti al tutto e il tutto alle parti, di concepire la relazione del globale con il locale e del locale con il globale, è racchiuso nel neologismo 'reliance', composto dal verbo collegare (relier) e dal sostantivo alleanza (alliance). (MORIN, 1990)

Con altre argomentazioni, anche Zygmunt Bauman afferma che la storia europea tratta il proprio riduzionismo come se fosse un processo di continuo miglioramento, di elevazione dell'uomo-razionale sull'uomo-animale e del suo trionfo sul caos violento della vita. L'autore riflette su come, al contrario, le celebrate istituzioni delle moderne società europee non abbiano prevenuto eventi come l'olocausto, provando al contempo di potervi convivere. (BAUMAN, 1992)

Gli studi sulla scienza e sulla tecnologia hanno mostrato che il mondo moderno è pieno di semplificazioni tecniche e scientifiche utilizzate come base per l'azione. Nel campo della medicina, un esempio è rappresentato dai trial clinici: al fine di produrre esiti metodologicamente validi, essi selezionano, limitano e controllano determinate variabili (per esempio, includendo solo pazienti adulti al di sotto dei 65 anni). Tuttavia, questo genera problematiche quando la conoscenza così prodotta deve essere applicata

in contesti non controllati, complessi ed eterogenei. Le semplificazioni che riducono la realtà complessa a elementi introducibili in uno schema semplice tendono a dimenticarsi del complesso, e ha senso allora chiedersi se una conoscenza metodologicamente valida è anche utile, e quando/per chi. (LAW; MOL, 2002)

Nella metanarrazione teorica che accompagna il resoconto etnografico del libro "The body multiple", Annemarie Mol riassume tre atteggiamenti relativamente alla questione del metodo e della produzione di conoscenza. (MOL, 2002) Il primo è di tipo normativo e discute di come deve essere il metodo perché la conoscenza sia valida. Secondo questo approccio, la conoscenza è valida quando è oggettiva, ovvero non contiene tracce dei soggetti coinvolti nel produrla, né della situazione in cui essa emerge ed è composta. Si tratta di una concezione che vede la scienza come specchio dei suoi oggetti, in cui un metodo è buono nella misura in cui genera conoscenza 'incontaminata'. (SUPPE, 1977) Un secondo genere di letteratura è di tipo critico: questo approccio sostiene che non esiste un buon metodo, nel senso descritto sopra, o per lo meno non è finora stato trovato. Quello che è stato prodotto dall'approccio normativo è tutt'al più il fatto di demarcare la scienza da altri tipi di conoscenza, creando confini che hanno aiutato a proteggere alcune comunità e gruppi, definitisi 'scientifici' in contrapposizione ad altri che non lo sono. Vi sono molti esempi di come il cosiddetto metodo scientifico non eviti le distorsioni, ma ne produca: grazie a questo sguardo, è per esempio venuta alla luce il sessismo che informa i testi medici del ventesimo secolo. (DREIFUS, 1977) Allo stesso modo, vi sono analisi dei processi che hanno portato professioni sanitarie come l'ostetricia a essere marginalizzate nel diciannovesimo secolo, quando la loro mancata inclusione nel sistema universitario le ha di fatto escluse dal mondo 'scientifico'. Il terzo genere di

letteratura abbandona tanto la ricerca di un metodo valido, quanto il filone critico, e pone il metodo stesso come oggetto di ricerca. Vi sono studi storici che analizzano come il metodo sperimentale tuttora impiegato si è venuto a formare, e come ha guadagnato la fiducia di cui gode oggi. (SHAPIN; SCHAFFER, 1985) Altri si interrogano su come mai il metodo, e non altri aspetti, è emerso a demarcare ciò che è scientifico da ciò che non lo è. (DEHUE, 1995) Altri studi ancora, che indagano con l'etnografia la modalità scientifica di lavoro, mettono in luce che la conoscenza prodotta non è uno specchio dei suoi oggetti e questo non perché fallisce, ma perché il termine specchio è fuorviante. Questi studi sostengono che il metodo scientifico non è una rappresentazione passiva dell'oggetto, ma che ciò che la scienza fa è costruire attivamente legami tracciabili tra un oggetto di studio e le articolazioni che intorno a esso si vengono a costituire. In altre parole, nel passaggio dallo studio dell'oggetto all'articolo scientifico non si abbandona il mondo del reale per entrare in quello della teoria e del pensiero, ma ci si muove da una pratica sociomateriale (osservazione, esperimento) a un'altra (scrittura). (LYNCH; WOOLGAR, 1995)

Mol aggiunge che i tre filoni tracciati non sono esaustivi di tutti gli approcci al metodo, né sono tra loro nettamente separati. (MOL, 2002) Per esempio, vi sono correnti critiche rispetto al metodo scientifico tradizionale e alle sue legittimazioni che puntano a generare nuovi metodi, tentando di compensare le storture e integrare gli sguardi alla ricerca di una maggiore oggettività o rispondenza al 'reale'. (HARDING, 1986; LONGINO, 1990)

Ancora, vi sono studi sul metodo utilizzati per criticarne le pretese: se esso è il risultato di una pratica locale, non può offrire garanzie sulla verità della conoscenza che produce. D'altra parte, lo stesso metodo con cui si arriva a dire ciò

non offre garanzie di veridicità, dunque cosa distingue gli studi scientifici da mere interpretazioni o opinioni comuni? (ASHMORE, 1989)

Secondo Mol, la via d'uscita da questa spirale autoriflessiva apparentemente senza fine (né senso) è porre il metodo stesso come oggetto di inchiesta empirica. Questo ha il significato di affermare, o di essere consapevoli, che nessuna conoscenza può essere protetta da critica. Un altro metodo potrebbe portare a conclusioni differenti, perché i metodi non sono strumenti che aprono finestre sul mondo, ma modalità di interferire con esso mediando tra un oggetto e le sue rappresentazioni. La domanda da porsi è quindi come essi mediano e interferiscono, e questo è il punto a cui Mol vuole arrivare per affrontare la questione che la interessa, ovvero qual è un modo buono di fare ricerca. La preoccupazione sul 'buono' non è equivalente a quella sulla 'validità', cioè sulla capacità di rappresentare fedelmente un oggetto in quanto tale. Il punto qui è chiedersi quando, dove e per chi le interferenze che il metodo produce sono buone. In altre parole, la buona conoscenza non acquista il proprio valore per il fatto di 'essere all'altezza del reale', ma perché fornisce modalità buone per 'vivere con il reale'. (MOL, 2002)

Razionalità e razionalizzazione

Questo significa scuotere la convinzione secondo la quale viviamo in una società della conoscenza governata e/o governabile da una piena razionalità, atteggiamento che per Morin va di pari passo con le cecità risultanti da conoscenze parcellizzate e disperse. Argomentando l'esistenza di diverse forme di razionalità, egli parla esplicitamente della necessità di "reinterrogare una ragione che ha prodotto al suo interno il suo peggior nemico: la razionalizzazione" e, con essa, "tutto quello che è stato realizzato in nome della razionalizzazione e che ha portato all'alienazione nel lavoro, alle città dormitorio, al metrò-lavoro-casa, ai divertimenti in serie, agli inquinamenti industriali, alla degradazione della biosfera." (MORIN, 2012, p.135-136)

La ricerca della razionalizzazione accompagna la speranza che l'ordine scientifico possa regolare la pratica. Tuttavia, nel segno della riflessione fin qui condotta, la domanda da porsi è piuttosto cosa viene modificato quando vengono messe in atto strategie di razionalizzazione. Nel saggio citato, Mol fa riferimento a tre studi per illustrare questo discorso, tutti provenienti dal contesto medico. (MOL, 2002) Il primo riguarda l'introduzione dell'economia sanitaria nella pratica clinica, come disciplina razionale in grado di migliorare i processi decisionali e ridurre i costi. L'interesse del lavoro non è teso a indagare in senso astratto lo statuto epistemologico dell'economia applicata, a interrogarne la presunta razionalità, ma piuttosto a mettere in luce le implicazioni morali e politiche dei suoi assunti di base e del suo porsi come modalità ordinativa che scalza, sposta o sopprime le altre. In altri termini, il punto critico è cosa accade se e quando la 'scientificità' della disciplina viene impiegata per chiudere ogni possibilità di discussione, se essa si pone al di sopra della pratica (clinica) che intende migliorare. (ASHMORE; MULKAY; PINK, 1989)

Un secondo lavoro riflette più in generale sulle strategie di razionalizzazione della pratica medica, introdotte con il fine esplicito di renderla migliore agendo sui processi decisionali. Viene messo in luce che gli standard in base ai quali si valuta il miglioramento non precedono le strategie di razionalizzazione, ma vengono costruiti nel loro stesso processo di sviluppo e introduzione. Inoltre, quando schemi razionalisti sono introdotti in un contesto specifico, non accade mai che tutto si disponga sotto il nuovo ordine, al contrario questo viene a stratificarsi sui molti altri già presenti. In altri termini, uno strumento ordinatore introdotto in una pratica non espelle il disordine, ma lo sposta: chi lavora con sistemi che richiedono informazioni discrete deve costantemente negoziare i propri riscontri fluidi e tradurli in forme accettabili per il sistema. Le strategie di razionalizzazione non semplificano, semplicemente introducono un'ulteriore logica rispetto a quelle già presenti. Questo non significa che non siano utili (uno strumento può essere più complicato da usare ma comunque utile), il punto è disarticolare l'equivalenza tra razionalizzazione e miglioramento e aprire uno spazio di riflessione su quali sono le implicazioni di/le interferenze tra questi processi. (BERG, 1997)

Il terzo lavoro riguarda l'impatto che le mobilitazioni dei pazienti affetti da HIV hanno avuto sul disegno dei trial clinici messi in atto per studiare la patologia. La ricerca mette in evidenza come gli studi clinici dipendano dalla cooperazione di molti soggetti, tra cui i pazienti, e come nella definizione dei fattori che rendono un parametro di studio appropriato o meno entrino in gioco elementi come questioni statistiche, il comportamento del sistema immunitario, le speranze e le aspettative dei pazienti, i finanziamenti disponibili, l'industria farmaceutica, le regole del governo. Nel caso dell'AIDS, il movimento di advocacy dei pazienti, capacitatisi al punto di entrare nel

merito dei dettagli della scienza medica, è stato cruciale nell'influenzare il corso della costruzione di conoscenza sulla malattia nonché il dibattito su come gestirla. (EPSTEIN, 1996)

Gli esempi citati illustrano l'esistenza di tante diverse razionalità, modalità di ordinare, logiche, quadri concettuali, discorsi, che non sempre utilizzano le stesse semplificazioni o impongono gli stessi silenzi ma possono lavorare in modi diversi. La stessa Mol ha adottato questo approccio per studiare una patologia specifica, l'aterosclerosi degli arti inferiori, rispetto alla quale diverse discipline e diversi sguardi, con le loro tecniche e i loro saperi, hanno e producono conoscenze diverse. L'idea tradizionale è che queste conoscenze interagiscano rivelando ciascuna un aspetto di un unico corpo coerente. Dall'altro lato, si può anche dire che diverse conoscenze (a volte in conflitto, a volte ignorandosi l'un l'altra) conoscono il 'proprio' corpo. Adottando questo sguardo, è possibile ricostruire come questi corpi diversi (meglio, questo 'corpo molteplice', come suggerito dal titolo del saggio) stanno insieme nelle pratiche di un ospedale. La tesi è che, se un corpo sta insieme, non è perché la sua coerenza intrinseca precede la conoscenza che su di esso è generata, ma perché le diverse strategie di (co)ordinamento coinvolte hanno successo nel riassemblare versioni multiple della realtà. Non c'è né un solo corpo, né molti corpi diversi e scollegati, perché i vari modi di ordinare, le logiche, gli stili, le pratiche e le realtà che mettono in atto non esistono isolate le une dalle altre ma si incontrano e interferiscono tra loro, in connessioni parziali. Molteplice è dunque "ciò che è più di uno, e meno di molti." (MOL, 2002)

Approcci alla complessità

Quando ci si rende conto che non c'è un unico modo di semplificare, un unico modo di fare ordine, la dicotomia semplice-complesso tende a perdere consistenza. Nell'introduzione a una raccolta di saggi intitolata "Complexities", John Law e Annemarie Mol riportano un'argomentazione comune tra i critici della semplificazione che riguarda il predominio (talora etichettato come violento) di una singola modalità di ordinare (conoscere) rispetto ad altre, esistenti o possibili. Già il classico lavoro di Kuhn sui paradigmi scientifici metteva in evidenza come le 'anomalie' che non rientrano nel paradigma dominante vengano 'spostate' o semplicemente non viste/ignorate, anche per anni, finché trovano una possibilità di riemersione all'affacciarsi di un nuovo paradigma, dotato di nuovi strumenti per semplificare, comprendere e tecnicizzare la complessità. Law e Mol istituiscono dei parallelismi tra questa visione e le origini della psicanalisi, che immagina la coscienza come lo spazio dell'ordine, mentre gli eventi, i pensieri e i sentimenti disturbanti vengono repressi e relegati nell'inconscio, da cui possono emergere in forma di sogni o altro. Anche Foucault segue una linea analoga quando parla della razionalità e della follia come di un'unica invenzione storica: la prima è una purificazione resa possibile solo dalla definizione ed espulsione dell'altra. La marginalizzazione della follia non è una forma di repressione, ma un modo produttivo di creare un ordine sociale ripulito da coloro che vengono definiti anormali. Nessuno di questi discorsi denuncia semplicemente le semplificazioni nelle nostre pratiche di conoscenza, tutti vedono queste operazioni come produttive, così come lo è ciò che sfugge al paradigma, alla coscienza, all'episteme. Da un lato c'è un ordine che semplifica, dall'altro una complessità elusiva e caotica che è espulsa, prodotta o soppressa. (LAW; MOL, 2002) Come

diceva anche Morin, si tratta di azioni produttive, che illuminano e accecano al tempo stesso.

La 'scoperta' (accettazione?) della molteplicità suggerisce che non viviamo più nel mondo moderno, localizzato in un unico episteme, ma che viviamo in mondi diversi e che questi non appartengono uno al passato e uno al presente, ma a due o più mondi vicini che coesistono e si sovrappongono. Se diversi mo(n)di di ordinare coesistono, ciò che è ridotto o cancellato in uno potrebbe essere cruciale in un altro. Quindi, la questione non è tanto se semplificare o accettare la complessità, ma determinare quale semplificazione stiamo creando, cosa questa mette in luce e cosa in ombra. Analogamente, più che interrogarci sui fondamenti della conoscenza, è forse più saggio cercare di essere consapevoli di cosa facciamo quando diamo forma alla conoscenza scientifica, e di rendere conto dei nostri processi di costruzione, elaborazione e restituzione di tale conoscenza, così come delle politiche che regolano il mondo accademico in cui essi sono immersi. (LAW; MOL, 2002)

Law e Mol concludono l'introduzione a "Complexities" illustrando alcune modalità concrete con cui un testo può "fare spazio al suo interno per ciò che, inevitabilmente, lascia fuori, per ciò che non c'è o non è reso esplicito", ovvero costituirsi consapevolmente in forma aperta alla complessità. Si tratta di un tentativo di non leggere complessità e semplicità come opposti interdipendenti, stretti in un dualismo collegato dalla differenza, ma di provare a ordinare (semplificare) senza chiudere (ridurre).

Una prima modalità è quella dell'elenco. A differenza della classificazione, che porta in sé la pretesa di essere inclusiva, creando categorie che specificano tutte le relazioni e che non lasciano fuori nulla, l'elenco è un modo di fare ordine senza classificare, né imporre un'unica modalità di catalogazione su ciò che è incluso in esso. Gli elementi di

un elenco non sono necessariamente risposte alle stesse domande, ma possono stare insieme in altri modi, secondo legami molteplici. Inoltre gli elenchi restano aperti, non cercano una completezza ma lasciano infinite possibilità di aggiunte.

Una seconda modalità è individuata per contrapposizione all'utilizzo di casi o esempi in quanto rappresentativi di leggi più ampie. Nuovamente, questo istituisce un ordine univoco e chiuso, in cui un evento è la prova empirica impiegata per illustrare qualcosa di generale che può poi divenire una teoria. Ci sono però altri modi di utilizzare la specificità di un caso non come dettaglio di una più ampia (universale?) illustrazione, ma in quanto fenomeno in sé. In questo senso, un caso può essere comunque istruttivo al di là del suo contesto specifico, ma le lezioni che porta con sé non possono essere trasferite automaticamente senza la consapevolezza che, in altri casi, ciò che è simile e ciò che è diverso deve essere visto, sperimentato, investigato.

Una terza e ultima modalità è illustrata a partire dalla mappa, come elemento che istituisce dettagli collegati ad altri in modo tracciabile, con distanze misurabili e scale, suggerendo relazioni transitive tra realtà separate. Alternativa a questo approccio, nel segno della complessità, è un andamento per percorsi e storie. Un percorso è qualcosa che consente di camminare in uno spazio senza averne una vista comprensiva dall'alto, e di essere immersi in un contesto del quale è possibile raccogliere particolari, intrecci, storie.

Vi sono dunque modi di raccontare che consentono al semplice di coesistere con il complesso, di allineare elementi senza renderli un sistema comprensivo, di descrivere il mondo tenendolo aperto: elenchi anziché categorizzazioni, casi e non rappresentazioni illustrative, percorsi e storie al posto di mappe. (LAW; MOL, 2002)

Bibliografia

ASHMORE, M. **The reflexive thesis: Wrihting sociology of scientific knowledge.** Chicago: University of Chicago Press, 1989.

ASHMORE, M.; MULKAY, M.; PINCH, T. **Health and efficiency: A sociology of health economics.** Open University Press, 1989.

BAUM, F.; MACDOUGALL, C.; SMITH, D. Participatory action research. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, p. 854-857, 2006.

BAUMAN, Z. **Modernità e olocausto.** Bologna: Il Mulino, 1992.

BERG, M. **Rationalizing medicine: Decision-support techniques and medical practices.** MIT Press, 1997.

BERLINGUER, G. et al. (a cura). In: MACCACARO, G.A. **Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976.** Milano: Feltrinelli, 1979.

BERRIDGE, V. Public health activism. **British medical journal**, v. 335, p. 1310-1312, 2007.

BODINI, C. **Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia.** Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, A.A. Università di Bologna, 2012-13.

DEHUE, T. **Changing the rules.** Cambridge University Press, 1995.

DREIFUS, C. **Seizing our bodies: the politics of women's health.** Vintage Books, 1977.

EPSTEIN, S. **Impure science: AIDS activism and the politics of knowledge.** University of California Press, 1996.

FOX PIVEN, F. Reflections on scholarship and activism. **Antipode**, v. 42, n.4, p. 806-810, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia degli oppressi.** Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1964.

GRAMSCI, A. **Quaderni dal Carcere, Quaderni 12-29 (1932-1935).** Torino: Einaudi, 1975.

HARDING, S. **The science question in feminism.** Cornell University Press, 1986.

HASKINS, E.V. **Logos and power in Isocrates and Aristotle.** University of South Carolina Press, 2004.

HUANG, J. Defining health activism: From MADD to Mad activists. Health activism in the 20th century. **Yale journal of biology and medicine**, v. 84, p. 51-53, 2011.

LABONTE, R. Health activism in a globalising era: lessons past for efforts future. **The Lancet**, v. 381, p. 2158-2159, 2013.

LABONTE, R.; SCHRECKER, T. Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace (part 2 of 3). **Globalization and Health**, v.3, n. 6, 2007.

LAVERACK, G. Health activism. **Health promotion international**, v. 27, n.4, p. 429-434, 2012.

LAW, J.; MOL, A. **Complexities. Social studies of knowledge practices.** Duke University Press, 2002.

LONGINO, H.E. **Science as social knowledge: Values and objectivity in scientific inquiry.** Princeton University Press, 1990.

LYNCH, M.; WOOLGAR, S. (eds.) **Representation in scientific practice.** MIT Press, 1990.

MARMOT, M. Fair society, healthy lives. **The Marmot Review**, London, 2010.

MOL, A. **The body multiple: ontology in medical practice.** Duke University Press, 2002.

MORIN, E. **Introduzione al pensiero complesso.** Milano: Sperling & Kupfer, 1990.

_____. **La Via.** Milano: Raffaello Cortina, 2012.

MULLER, S. The limits of scholarly activism. **Political science and politics**, v. 2, n. 4, p. 582-590, 1969.

SCHEPER-HUGHES, N. The primacy of the ethical: Propositions for a militant anthropology. **Current anthropology**, v. 36, n.3, p. 409-440, 1995.

SHAPIN, S.; SCHAFFER, S. **Leviathan and the air-pump: Hobbes, Boyle, and the experimental life.** Princeton University Press, 1985.

SINGER, M. Beyond the ivory tower: Critical praxis in medical anthropology. **Medical anthropology quarterly**, v. 9, n.1, p. 80-106, 1995.

SUPPE, F. (ed.). **The structure of scientific theories.**
University of Illinois Press, 1977.

WOODHOUSE, E. et al. Science studies and activism:
Possibilities and problems for reconstructivist agendas.
Social studies of science, v. 32, n.2, p. 297-319, 2002.

YOUNG, A.M.; BATTAGLIA, A.; CLOUD, D.L. (UN)Disciplining
the scholar activist: Policing the boundaries of political
engagement. **Quarterly journal of speech**, v. 96, n.4, p.
427-435, 2010.

CONFLITTO DI INTERESSI TRA MEDICI E INDUSTRIA FARMACEUTICA: un'esperien- za di ricerca azione partecipativa con gli stu- denti di Medicina¹

Alice Fabbri

Introduzione

Negli ultimi anni la Sanità Pubblica a livello internazionale ha dedicato particolare attenzione al tema della partecipazione comunitaria che è stata spesso definita come un ingrediente fondamentale non solo per lo svolgimento di attività di ricerca, ma anche per la pianificazione di interventi, per la gestione dei servizi e in ultima analisi per il miglioramento degli esiti in salute. (LOEWENSON, 2011) In letteratura sono già descritti numerosi esempi di utilizzo della ricerca azione partecipativa (PAR) per una vasta gamma di questioni sanitarie, tuttavia ancora molte delle ricerche e delle azioni in ambito di

¹ Adattato da Fabbri, A. Conflitto d'interessi tra medici e industria farmaceutica: un'esperienza di ricerca-azione partecipativa con gli studenti di Medicina. Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna, A.A. 2012-13.

Salute Pubblica, nonostante coinvolgano le comunità, non contemplano un loro ruolo attivo e anche i percorsi formativi dei professionisti sanitari raramente prevedono opportunità teoriche e pratiche in questo ambito.

In coerenza con una visione dell'Università come spazio di tras-form-azione sociale, all'interno del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna, le pratiche di ricerca azione partecipata ispirano e informano le attività realizzate sia sul fronte della ricerca che della formazione. In particolare, dal 2008 all'interno del CSI abbiamo iniziato a lavorare sul tema del conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica nel contesto bolognese e in altre Università italiane attraverso il coinvolgimento di una specifica comunità, quella degli studenti di Medicina. Il presente capitolo vuole quindi presentare e rileggere in chiave riflessiva alcune tappe di questo percorso che ha rappresentato un tentativo di applicazione del metodo della ricerca azione partecipativa al tema del conflitto di interessi in salute.

Materiali e Metodi

La giustificazione per l'utilizzo dell'approccio della PAR per il lavoro qui descritto si trova nella seguente definizione di ricerca partecipativa: "(...) una famiglia in espansione di approcci e metodi volti a consentire alle comunità di condividere, valorizzare e analizzare la loro conoscenza, di pianificare un cambiamento e di agire." (GUIJIT, 1994, p. 171) Per un progetto come quello che verrà presentato, in cui un gruppo di studenti di Medicina ha lavorato insieme ai ricercatori del CSI e ad altri attori sul tema del conflitto di interessi, la PAR ha rappresentato una scelta appropriata sia dal punto di vista valoriale che metodologico.

L'approccio della ricerca azione partecipativa si è rivelato funzionale innanzitutto per il tipo di comunità che ha preso parte al percorso, che non era costituita da "ricercatori professionisti". La PAR valorizza infatti le competenze e il *know-how* dei partecipanti "laici" ed è caratterizzata proprio dal ricorso a forme di conoscenza ed esperienza generate all'interno della vita quotidiana che troppo spesso sono state giudicate semplicemente come "senso comune" all'interno della ricerca tradizionale. (MONTERO, 2000) Sempre in questo senso, la PAR è stata scelta anche per il suo potere trasformativo dal momento che essa è volta non solo a creare nuove conoscenze, ma anche a generare empowerment. La PAR, infatti, proprio per i valori che la informano, si impegna a lavorare con (e non su) gruppi "senza potere" e questo impegno nasce dal riconoscimento della presenza di asimmetrici rapporti di potere all'interno dei luoghi di lavoro, delle scuole, della società e, nel nostro caso, anche delle Università. (GIVEN, 2008) La realizzazione delle iniziative di formazione, ricerca e advocacy sul conflitto di interessi che verranno presentate nel prossimo paragrafo sono nate infatti da un bisogno manifestato dagli studenti e hanno visto gli studenti stessi in un ruolo di assoluto protagonismo e non di spettatori passivi.

Oltre che per gli aspetti valoriali, la PAR si è rivelata una scelta appropriata anche per gli aspetti metodologici che la caratterizzano. Essa infatti non è statica o fissa, ma è un processo dinamico (BAUM; MACDOUGALL; SMITH, 2006) e questo aspetto si è rivelato particolarmente funzionale al nostro progetto. Non era infatti possibile prevedere, soprattutto nelle fasi iniziali di collaborazione tra gli studenti e il CSI, se e quanto il lavoro sarebbe andato avanti dal momento che non vi erano obiettivi precostituiti, né risorse finanziarie per sostenere il progetto né limiti temporali prefissati. Il percorso che ha portato allo svilupparsi e al delinearsi delle attività realizzate non è stato affatto lineare

e ordinato; gli stadi si sono spesso sovrapposti e alcune idee o piani iniziali sono diventati obsoleti proprio alla luce di quello che si apprendeva dall'esperienza stessa. In questo senso, molto appropriata è l'immagine della spirale con cui solitamente si rappresenta la ricerca azione; la PAR è infatti un processo ciclico in cui il piano d'azione deve essere flessibile e reattivo al contesto locale e questo l'ha resa adatta a un progetto come quello qui descritto che, come si vedrà, era multi-locale, multi-situato e prevedeva di lavorare con persone in continuo turn-over a causa del termine della carriera universitaria degli studenti.

Entrando più nello specifico dell'esperienza, in questo capitolo non sarà possibile effettuare un'analisi dettagliata di tutte le azioni realizzate all'interno del nostro percorso di PAR; l'obiettivo sarà piuttosto quello di descrivere e valutare il processo in sé. Proprio per questo per il prossimo paragrafo si è scelto di utilizzare uno strumento qualitativo come la ricostruzione narrativa del processo di ricerca azione partecipativa; tale ricostruzione è frutto sia del processo auto-riflessivo che accompagna la PAR sia di riflessioni collettive emerse da gruppi di discussione organizzati con alcuni studenti che hanno partecipato al percorso. Nel piano teorico della PAR i vari partecipanti al processo devono essere infatti considerati a tutti gli effetti co-ricercatori. Ciascuno dei co-ricercatori è chiamato in causa con i propri saperi, strategie relazionali, desideri e traiettorie di vita, che vengono modificati nel corso della ricerca stessa attraverso un processo trasformativo che è sia individuale che collettivo. In questo senso, la PAR non può essere intesa come uno strumento di trasformazione solo dell' "Altro" o di quelli che, utilizzando la terminologia della ricerca più tradizionale, potremmo anche definire i "partecipanti laici". Più realisticamente, essa rappresenta uno strumento di trasformazione attivo su tutti i partecipanti al processo; in questo senso deve essere

specificatamente ricostruita, analizzata e riportata anche la traiettoria compiuta dal co-ricercatore universitario. Spezzando quindi il tono impersonale tipico della scrittura in ambito medico-scientifico, nei prossimi paragrafi esporrò anche alcune riflessioni personali sul percorso a cui ho partecipato. Come strategia riflessiva, ricostruirò il processo di ricerca come narrazione personale e come rielaborazione soggettiva del percorso da parte di chi vi ha preso parte. Le narrazioni ottenute funzioneranno così come un dispositivo di rilevazione e dalle differenti interpretazioni potranno essere colti aspetti rilevanti rispetto a valori, etiche e sistemi simbolici di riferimento degli attori coinvolti, che altrimenti rimarrebbero nascosti o naturalizzati all'interno del percorso di ricerca.

Ricostruzione del percorso

E' in realtà difficile stabilire il punto di inizio di questo percorso di PAR, proprio alla luce dei processi dialettici e trasformativi continui tra ricercatore e contesto. Già a partire dal 2008 all'interno del CSI abbiamo iniziato a occuparci del problema del conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica sia per il crescente dibattito che esso ha stimolato nella comunità scientifica sia per la rilevanza che ha acquisito in seguito ad alcuni fatti di cronaca. (WAGER, 2003) Oltre ad avviare iniziative di ricerca e formazione all'interno dell'Università di Bologna, abbiamo cercato di entrare in contatto con altri gruppi e movimenti di studenti e di professionisti sanitari attivi sul tema sia a livello nazionale che internazionale con i quali abbiamo instaurato un dialogo e uno scambio di esperienze. Per quanto riguarda il contesto italiano, dal momento che il dibattito era ancora piuttosto acerbo, trovare alleati soprattutto nel mondo accademico per portare avanti una riflessione sul tema

rappresentava una sfida non semplice. E l'alleato è stato sorprendentemente trovato in quella che, parafrasando Freire, potremmo definire una comunità spesso "senza voce" o comunque esclusa dai processi decisionali: la comunità degli studenti. E' infatti proprio dall'incontro con gli studenti del Segretariato Italiano Studenti di Medicina (SISM)² che si è sviluppato il percorso che viene qui descritto e analizzato.

Venuti a conoscenza del lavoro che il CSI stava svolgendo, nel 2010 alcuni studenti del SISM ci hanno contattati chiedendoci di aiutarli ad aprire una riflessione sul tema del conflitto di interessi all'interno della loro associazione. La nostra proposta è stata quella di creare un gruppo di lavoro costituito da studenti di varie sedi universitarie all'interno del quale effettuare una valutazione partecipata dei loro bisogni che si sono focalizzati su due principali ambiti: da un lato la necessità di formarsi su un tema spesso "dimenticato" all'interno del percorso formativo universitario e dall'altro lato il desiderio di realizzare delle azioni pratiche all'interno dei propri contesti universitari. Per rispondere al primo bisogno, abbiamo proposto agli studenti del SISM di intraprendere un percorso di auto-formazione sul tema. La formazione è stata quindi la prima richiesta e forma di contatto tra i ricercatori del CSI e gli studenti da cui a cascata sono scaturite altre attività. In questo passaggio e' importante soffermarsi ad analizzare alcuni elementi:

² Il SISM è un'associazione no-profit creata da studenti e presente in 37 Scuole di Medicina sul territorio italiano. Ulteriori informazioni sul SISM sono disponibili al seguente indirizzo: www.nazionale.sism.org

- la formazione come strumento per la costruzione di un "desiderio" prima singolare e poi collettivo. Venire a conoscenza di un tema spesso "dimenticato" all'interno della formazione Universitaria, ha innanzitutto stimolato negli studenti una riflessione critica su alcuni aspetti della professione medica che erano stati totalmente naturalizzati e normalizzati. Come ci ricorda Freire, la riflessione critica costituisce già un'importante azione e in alcuni casi questa riflessione è stata anche in grado di stimolare negli studenti la nascita di altri "desideri" e istanze in merito al problema del conflitto di interessi. Rianalizzando a posteriori insieme ad alcuni studenti del SISM le motivazioni che li hanno inizialmente spinti ad impegnarsi su questo fronte, sono emerse infatti risposte interessanti in questo senso:

Studentessa:

"Se te ne parlano, allora secondo me le persone sono interessate per forza perché è un argomento che tocca il quotidiano della pratica medica in tutte le sue forme. Secondo me parlarne è come far cadere una benda dagli occhi".

Studentessa:

"Quello che mi ha attratto di più all'inizio era il fatto che potevi finire l'Università e non sentirne mai parlare. Era un tema che a me non era mai arrivato e vedevo che non sfiorava nessun altro all'interno del mio gruppo di amici. Per me la prima motivazione è stata la voglia di scoprire qualcosa che mi aveva scioccato. Il conflitto di interessi permea ogni ambito, riguarda l'etica delle persone. [...] È interessantissimo non solo per l'ambito medico, ma per la vita in generale";

- la sfida metodologica imposta dal lavoro in un contesto multi-locale e multi-situato. Il percorso di auto-formazione, ma in generale tutto il lavoro di collaborazione tra gli studenti delle varie sedi del SISM e il CSI, ha immediatamente posto numerose sfide, innanzitutto quella del lavoro a distanza vista la dislocazione geografica degli attori coinvolti nel progetto. Il lavoro in un contesto multi-locale ha richiesto quindi lo sviluppo di strumenti di lavoro, di comunicazione e di formazione a distanza che fossero a basso costo e facilmente utilizzabili da tutti i partecipanti. La scelta è ricaduta sulla piattaforma e-mail di Google, affiancata da strumenti come Skype, Shareflow e Dropbox. Le modalità di lavoro a distanza sono state sviluppate e modificate in forma partecipativa all'interno del gruppo di lavoro, costruendo quindi conoscenze metodologiche e tecniche che sono state poi utilizzate anche per successive esperienze. Questo a sottolineare come il processo di ricerca azione abbia effetti anche sulle dimensioni metodologiche oltre che teoriche;

- la formazione come strumento di azione. Anche se realizzata solo attraverso strumenti virtuali, l'auto-formazione ha permesso ai partecipanti di formarsi attraverso un processo di confronto e apprendimento reciproco. Ci siamo avvalsi di strategie pedagogiche basate sulla problematizzazione, evitando di veicolare le informazioni sotto forma di risposte che rischiavano di chiudere la riflessione invece che stimolare la costruzione di un percorso di conoscenza. L'auto-formazione ha portato quindi alla creazione di uno spazio in cui potessero emergere non solo le carenze conoscitive, ma anche temi etici, episodi

e frammenti di vita quotidiana inerenti al tema del conflitto di interessi dei vari partecipanti. L'obiettivo era infatti quello di agire non solo sul "sapere", ma anche sul "saper fare" e sul "saper essere". Nel quadro teorico della ricerca azione partecipativa, l'auto-formazione ha rappresentato inoltre quello che viene definito il "processo di familiarizzazione" tra i ricercatori del CSI e gli studenti. In questo modo, due diversi tipi di conoscenza - quella della comunità e quella del ricercatore - si sono incontrati e contaminati producendo nuove conoscenze. Il flusso di informazioni è stato quindi assolutamente orizzontale e bi-direzionale e io stessa sono stata cambiata dalla relazione dialogica con gli studenti. Il percorso di auto-formazione è diventato infine anche uno strumento di azione in quanto ha permesso di creare un nucleo di lavoro, un gruppo di co-ricercatori con cui immaginare e disegnare le azioni che abbiamo in questi anni realizzato.

Oltre al bisogno di formarsi, gli studenti hanno sin dall'inizio espresso anche il desiderio di realizzare delle azioni pratiche all'interno dei propri contesti universitari. Tali azioni si sono focalizzate principalmente su tre ambiti di intervento:

- Iniziative di formazione: grazie all'attivismo degli studenti del SISM e al supporto del CSI, dal 2010 viene annualmente organizzato un workshop nazionale sul tema del conflitto di interessi volto a informare e mobilitare altri studenti di Medicina su questa problematica. I momenti stessi di costruzione dei workshop rappresentano un interessante esperimento

di partecipazione; una notevole attenzione viene infatti dedicata alla costruzione collettiva del programma dell'evento e alle metodologie didattiche utilizzate. Inoltre attraverso un processo di peer education, alcuni partecipanti ai workshop sono spesso diventati a loro volta formatori e hanno partecipato all'organizzazione degli eventi successivi. I workshop sono stati anche un "motore" per diverse altre attività configurandosi quindi come interessanti esempi di formazione-intervento. Le metodologie didattiche attive, che tendono ad agire sul "sapere essere" ed il "saper fare" oltre che sulla mera dimensione del "sapere", hanno stimolato gli studenti ad uscire dalla zona di comfort dell'apprendimento, forzandoli alla soggettivazione. In questo modo la formazione-intervento è riuscita a stimolare l'interesse di una parte dei partecipanti ai corsi che, una volta tornati nelle loro sedi locali, hanno a loro volta organizzato altre iniziative sia sotto forma di attività didattiche elettive sia sotto forma di conferenze, workshop locali o gruppi di auto-formazione;

- Attività di ricerca e produzione di conoscenze volte a informare le successive azioni: nel 2013 è stato realizzato uno studio volto a esplorare attraverso un questionario le conoscenze e le percezioni sul conflitto di interessi degli studenti di Medicina di tre sedi universitarie (Bari, Foggia e Varese). L'idea di questo studio è nata dagli stessi studenti del SISM in un'ottica di azione, come uno strumento conoscitivo funzionale ad avviare un successivo processo di cambiamento in un ambiente, come quello Universitario, che si dimostra solitamente più responsivo a dati di tipo quantitativo. Al tempo stesso, il processo stesso

di realizzazione di questo lavoro è stato pensato dai partecipanti come un'azione volta a 1) creare e consolidare uno spazio di auto-formazione e approfondimento sul tema del conflitto di interessi e sulle metodologie della ricerca azione partecipata; 2) consolidare una rete di relazioni tra studenti, medici in formazione specialistica, professionisti sanitari e docenti che avrebbero preso parte alla realizzazione dello studio, creando così i presupposti per una collaborazione alla realizzazione di future iniziative di formazione e ricerca sul conflitto di interessi. Questo a dimostrazione di come nell'ottica della PAR il cambiamento e l'azione vengano concepiti come parte integrante del disegno di ricerca. La costruzione del disegno di studio e degli strumenti di indagine è stata realizzata in maniera partecipata all'interno di un gruppo di lavoro multi-professionale costituito da studenti, specializzandi e docenti; a Giugno 2014 è terminata la fase di analisi statistica dei dati raccolti e una delle prossime sfide sarà ora quella della comunicazione dei risultati dello studio e l'ideazione di strategie per il loro utilizzo;

- Attività di advocacy rivolte a istituzioni accademiche e non: nel 2014 è stato ad esempio avviato un confronto su alcune tematiche inerenti il conflitto di interessi con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO).

In realtà la presentazione schematica delle attività sopra citate non riflette la complessità del processo che le ha precedute e accompagnate. I tre ambiti di lavoro (formazione, ricerca, e advocacy) sono stati sempre strettamente intrecciati e in dialogo continuo lungo tutto il percorso, come si addice a un progetto di ricerca azione partecipativa. Soprattutto nelle fasi iniziali, non è stato in realtà possibile effettuare una pianificazione a lungo termine di quello che avremmo realizzato dal momento che non vi erano obiettivi precostituiti, né risorse finanziarie per sostenere il progetto ed era prima necessario creare un gruppo di lavoro e un consenso sull'importanza di lavorare sul tema. Questo emerge anche dalle parole di uno studente del SISM: "...All'inizio non sapevo cosa aspettarmi da questo percorso, cioè non sapevo cosa avremmo affrontato, che livello di coinvolgimento era necessario. Quindi quando abbiamo iniziato è stato come lanciarsi in una nuova avventura, consapevoli che era necessario per noi studenti affrontare una riflessione sul conflitto di interessi, ma senza aver ben chiaro cosa fare. E' difficile da spiegare anche perché le cose sono venute una dopo l'altra."

Il percorso che ha portato allo svilupparsi e al delinearsi delle attività sopra descritte non è stato quindi affatto lineare e ordinato, ma piuttosto fluido, tortuoso e frutto di una continua negoziazione. Gli stadi si sono spesso sovrapposti e alcune idee o piani iniziali sono diventati obsoleti proprio alla luce di quello che abbiamo appreso dall'esperienza stessa. Come si sottolinea in letteratura, la ricerca azione si sviluppa infatti a spirale, per cicli ed è in questo modo che estende il suo raggio di azione.

Considerazioni sul processo di ricerca azione partecipativa

La ricostruzione degli eventi appena presentata è stata un utile strumento di rielaborazione e interpretazione dal momento che costringe, attraverso la gerarchizzazione degli elementi narrativi, a valutare quali sono stati gli eventi più rilevanti e gli aspetti più salienti del percorso. Inserirli all'interno del plot forza infatti alla ricostruzione di una catena di episodi e fatti che non è più meramente cronologica, ma in cui le connessioni tra gli eventi possono essere collocate all'interno di una matrice interpretativa. La ricostruzione stessa ha già aperto numerosi spunti di riflessione, ma altri non sono ancora stati esplorati e verranno presentati in quest'ultimo paragrafo che non ha la pretesa di estrapolare delle conclusioni da un processo complesso e ancora in corso, ma vuole semplicemente aggiungere ulteriori considerazioni.

Come si afferma in letteratura, la ricerca azione partecipativa cerca di "comprendere il mondo modificandolo", mobilizzando le risorse dei partecipanti e portandoli ad acquisirne di nuove. (MONTERO, 2000) Al centro di questo approccio vi è quindi una ricerca collettiva, auto-riflessiva, volta all'empowerment e alla responsabilizzazione dei soggetti coinvolti. Nel nostro caso, per quanto riguarda la mobilitazione delle risorse dei partecipanti, è interessante notare in realtà come, soprattutto durante le fasi iniziali di auto-formazione, alcuni studenti avessero una scarsa fiducia nelle proprie capacità e risorse. Dall'analisi dei verbali delle prime riunioni del gruppo, emergono alcune affermazioni ben sintetizzate dalle parole di uno studente: "Al momento non mi sento in grado di potere parlare dell'argomento perché sono privo di skills. Quindi mi chiedo: non sapendo niente, cosa potrei mai offrire a questo gruppo?"

E' interessante notare come gli studenti partissero dal presupposto di non possedere alcuna conoscenza sul tema del conflitto di interessi, mentre in realtà proprio grazie al loro vissuto, non solo universitario, possedevano già preziose informazioni in merito. Questo ci ha portato, all'interno del gruppo di lavoro, a problematizzare sin da subito l'assunto, probabilmente retaggio della formazione universitaria, secondo il quale solo chi possiede conoscenze "qualificate" è legittimato a insegnare agli altri e a sollevare istanze. La formazione medica classica ci porta infatti a considerare le comunità e le persone "laiche" come poco informate e quindi bisognose di essere "educate". (CORNWALL; JEWKES, 1995) Questa riflessione si intreccia con un tema molto delicato nella ricerca azione partecipativa, ossia quello delle dinamiche di potere che si possono generare anche nell'esercizio di diverse forme di conoscenza. La ricerca azione partecipativa contesta infatti il sistema di sorveglianza e controllo della conoscenza stabilito attraverso la ricerca tradizionale e ha quindi un potente carattere emancipatorio in quanto porta le persone coinvolte a rafforzare le proprie risorse e a sviluppare nuove capacità, al fine di esercitare i propri diritti e negoziare in modo assertivo con coloro che si trovano in posizioni socialmente dominanti. (MONTERO, 2000)

Un altro fattore già anticipato nella narrazione, ma che vorrei ora riprendere ed esplorare ulteriormente, è quello della relazione che si è instaurata tra me e gli studenti con cui ho realizzato questo progetto. Come si afferma in letteratura, il carattere partecipativo si raggiunge solo se coloro che sono interessati da un determinato problema sono coinvolti attivamente nella sua identificazione, nella formulazione della domanda di ricerca, nella sua analisi e nella elaborazione di possibili soluzioni. (MONTERO, 2000) Questo può generare alcune difficoltà, in primo

luogo lo "scontro" tra le percezioni del ricercatore e quelle della comunità sul problema in esame. Avendo già realizzato alcune attività sul tema del conflitto di interessi, anche se solo nel contesto bolognese, all'inizio di questo percorso con gli studenti del SISM partivo sicuramente con alcune domande e interrogativi pre-fissati che avrei voluto esplorare o con azioni che avrei voluto realizzare. Il confronto con la comunità degli studenti ha invece permesso di far emergere altre questioni e istanze, frutto dell'esperienza personale dei partecipanti e dei differenti contesti in cui essi sono inseriti. L'approccio della ricerca azione partecipativa presuppone infatti che alle conoscenze del ricercatore si aggiungano le competenze e le aspettative degli altri partecipanti che diventano co-ricercatori, co-attivi, co-generatori di conoscenze in tutto il processo, rendendo così sfumato il confine tra i due attori. (BAUM; MACDOUGALL; SMITH, 2006) La ricerca azione partecipativa mi ha richiesto di adottare un approccio molto flessibile e di rimettermi in gioco in un processo dialettico con tutto il gruppo di co-ricercatori per identificare insieme a loro quali obiettivi porci e con quali modalità raggiungerli. Questo percorso ha quindi rappresentato per me una preziosa occasione di formazione e trasformazione, portandomi a questionare continuamente il mio ruolo all'interno del gruppo e a interrogarmi sul mio posizionamento che non doveva essere quello del regista, ma del facilitatore.

Sempre per quanto riguarda la relazione con la comunità degli studenti, mi sono spesso domandata se siamo stati in grado di lavorare veramente in maniera partecipata e orizzontale o se invece la mia presenza e quella di altri facilitatori percepiti dagli studenti come "più esperti" di loro, abbia in qualche modo imbrigliato il lavoro in logiche più schematiche soffocando talvolta l'immaginazione degli studenti. Questo tema è stato recentemente oggetto di un

gruppo di discussione con alcuni dei partecipanti; di seguito alcune interessanti affermazioni che hanno messo in luce sia aspetti positivi sia aspetti più problematici di questa relazione:

Studente:

[...] Per quanto riguarda la metodologia di lavoro, da quella ho imparato tanto. Mettere insieme così tante persone, avere con noi anche persone che hanno fatto un percorso diverso, come voi del CSI o gli altri “compagni di viaggio” che ci hanno seguiti in questo percorso, è una cosa molto importante... e faccio riferimento al fatto che noi studenti o medici non siamo mai abituati a lavorare in gruppo. Quindi fare gruppo addirittura per lavorare su un tema così importante per la nostra professione....io sono cambiato anche perché guardo le cose in un altro modo.

Studentessa:

[...] Lavorare con voi è una delle cose che mi sono rimaste di più, ma più che i temi, è stato il metodo, l'approccio. [...] A volte però sì, ho percepito come un limite il fatto che il vostro giudizio pesava di più. Il vostro giudizio ha sempre pesato di più. Lì per lì poteva dare fastidio, è una cosa dura da accettare, ma a posteriori lo inizi a capire, e comprendi il senso che può aver avuto.

L'orizzontalità non è quindi stata sempre scontata nonostante l'impegno per rendere il confronto assolutamente alla pari. A questo proposito è importante ricordare la critica che alcuni etnografi hanno sollevato nei confronti della PAR, ossia il fatto che le relazioni di potere non

vengono necessariamente cancellate attraverso il semplice atto della partecipazione. (GIVEN, 2008) Questo richiede quindi una continua attenzione e riflessione sul processo di collaborazione tra gli attori coinvolti nei processi di PAR e sarà un aspetto da considerare per il proseguimento delle attività.

Un altro aspetto interessante da analizzare è quello della partecipazione, dal momento che il lavoro con la comunità e la sua partecipazione al processo presentano una serie di sfide. Come ho potuto sperimentare in questo percorso con gli studenti, lavorare con le comunità è tutt'altro che facile in primo luogo perché non tutti desiderano essere coinvolti e in secondo luogo anche se vi è l'interesse, il coinvolgimento nel processo di ricerca non è sempre stabile nel tempo. L'impegno e l'interesse variano e fluttuano nel tempo e la composizione del gruppo di lavoro (sia per quanto riguarda le attività di formazione sia per quelle di ricerca) non è stata affatto costante. Anche questo è stato per me un passaggio delicato da affrontare; mentre infatti quello che si apprende in ambienti di ricerca classici è che il controllo del progetto è nelle mani del ricercatore, ho dovuto imparare ad accettare che le persone partecipassero in base alle loro esigenze, possibilità e motivazioni. Vi sono stati infatti numerosi “up and down” nella partecipazione degli studenti nel corso di questi anni: alcuni hanno partecipato a tutte le fasi del lavoro, altri si sono limitati a partecipare solo ad alcuni momenti e ad alcune attività specifiche, altri ancora si sono allontanati e poi riavvicinati. Questa oscillazione nel grado di partecipazione è stata oggetto di discussione anche all'interno del gruppo di lavoro e numerose sono state le motivazioni chiamate in causa tra cui:

- il termine della carriera universitaria di alcuni dei partecipanti al gruppo di lavoro visto che il processo si è sviluppato nel corso di diversi anni. Il continuo turn-over è parte integrante del lavoro con gli studenti e a questo si è aggiunto anche il fatto che in un'associazione come il SISM le cariche degli studenti hanno delle scadenze precise;
- gli impegni legati agli esami e ai tirocini. Lavorare in maniera partecipata richiede un notevole investimento in termini di tempo e il percorso ha subito periodi di stallo soprattutto in coincidenza con le sessioni d'esame degli studenti. Questo è un aspetto interessante da considerare quando si costruisce il cronogramma di un progetto partecipativo;
- gli strumenti di lavoro. La metodologia stessa che abbiamo utilizzato è stata chiamata in causa con posizioni diverse tra i partecipanti al lavoro. Alcuni studenti ritengono che gli strumenti di lavoro a distanza siano stati un punto di forza perché ci hanno permesso di lavorare insieme nonostante le barriere geografiche, mentre altri hanno invece giudicato la possibilità di lavoro virtuale non sempre completamente adeguata alle esigenze che in alcune fasi del lavoro erano richieste, con il rischio di allontanare alcune persone o di impoverire alcuni momenti di confronto.

Per cercare di ovviare ad alcuni di questi problemi e di garantire un senso di continuità al processo, si è creato all'interno del gruppo più esteso di studenti che partecipavano all'organizzazione delle attività di formazione o di ricerca, un piccolo sottogruppo di coordinamento; mentre quindi alcune attività sono riuscite a mobilitare più componenti del gruppo, altre sono state svolte solo dal

piccolo nucleo di coordinamento che poi aggiornava il gruppo più esteso. Tuttavia gli "up and down" nella partecipazione sollevano anche altri interessanti interrogativi su come si possano mantenere processi di questo tipo se si lavora con una comunità che è in continua evoluzione a causa del turn-over degli studenti.

Altre sfide si prospettano anche all'orizzonte. Questo capitolo viene scritto in una fase in cui il processo non è assolutamente concluso. Uno dei prossimi passi sarà ad esempio la comunicazione dei risultati dello studio realizzato nelle Università di Bari, Foggia e Varese e l'ideazione di strategie per il loro utilizzo. Per quanto mi riguarda, sento di avere anche un'altra responsabilità nei confronti della comunità scientifica e dell'Università. Come si afferma in letteratura, un'altra sfida insita nella ricerca azione partecipativa è che al ricercatore viene chiesto di svolgere un ruolo di collegamento con il mondo più ampio delle istituzioni accademiche, spesso diffidenti nei confronti di questi approcci. (BAUM; MACDOUGALL; SMITH 2006) Il ricercatore ha un ruolo fondamentale nel mantenere questi attori interessati a tali metodologie sviluppando la loro comprensione del progetto di ricerca e inquadrandolo in un discorso familiare a questi gruppi che spesso valorizzano azioni di ricerca meramente quantitative. (GENAT, 2009) La classica formazione accademica rende infatti piuttosto difficile abbracciare le metodologie della PAR, dal momento che ci viene insegnato che la scienza è oggettiva, pura, neutrale e "(...) si basa su ciò che è possibile vedere, udire, toccare; il pensiero speculativo, le opinioni personali o le preferenze non vi trovano posto poiché la scienza è oggettiva."(CHALMERS, 1979, p.13) La PAR scardina invece questi assunti e presuppone la capacità di riconoscere le comunità come esperte delle proprie condizioni, aprendosi così al dialogo.

La pratica della ricerca partecipativa solleva quindi per il ricercatore alcune sfide personali, politiche e professionali che vanno al di là della semplice produzione di informazioni. Sono consapevole del privilegio che mi è offerto dal poter lavorare in Università, ma al tempo stesso ne sperimento continuamente anche le relazioni di potere e le gerarchie che sono proprio quelle che la ricerca azione partecipativa cerca di scardinare. L'accettazione della ricerca azione partecipativa come metodologia di ricerca richiederà quindi un notevole cambiamento da parte delle Università e degli enti finanziatori della ricerca, anche per quanto riguarda il modo in cui essi giudicano le performance di ricerca. (BAUM; MACDOUGALL; SMITH 2006) Ad esempio, la maggior parte delle istituzioni accademiche valuta i propri ricercatori in base al numero di articoli pubblicati su riviste peer-reviewed. La capacità di un ricercatore di impegnarsi realmente con le comunità per generare un cambiamento nella loro situazione o nel loro stato di salute non è affatto presa in considerazione in questa valutazione basata esclusivamente su indici bibliometrici. (BAUM; MACDOUGALL; SMITH 2006)

Con questo discorso non si vuole affatto sminuire il ruolo o l'importanza delle metodologie tradizionali di ricerca, ma sottolineare la necessità di affiancare ad esse anche un altro tipo di ricerca che coniughi la generazione di conoscenza con l'azione e il cambiamento e che, parafrasando Maccacaro, possa cominciare "dalla realtà e non dalla teoria, dalla società viva e non dallo studio di un cadavere." (MACCACARO, 1979, p.377)

Ringraziamenti: Grazie a tutti gli studenti del SISM e ad Angelo Lorusso con cui ho avuto l'opportunità di lavorare in questi anni sul tema del conflitto d'interessi e grazie soprattutto ad Ardigo' Martino per avermi ispirata a iniziare questo percorso.

Bibliografia

BAUM, F.; MACDOUGALL, C.; SMITH, D. Participatory action research. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, p. 854-857, 2006.

CHALMERS, A.F. **Che cos'è questa scienza?** Milano: Mondadori, 1979.

CORNWALL, A.; JEWKES, R. What is participatory research? **Soc Sci Med**, v. 12, p. 1667-1676, 1995.

GENAT, B. Building emergent situated knowledges in participatory action research. **Action research**, v. 7, p. 101-115, 2009.

GIVEN, L.M. **Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. Los Angeles: The SAGE, 2008.

GUIJIT, I.; KISADHA, T. **It is the young trees that make a thick forest:** A report on Redd Barna's learning experiences with participatory rural appraisal in Kyaktebe, Uganda. London, Redd Barna, 1994.

LOEWENSON, R. et al. Raising the Profile of Participatory Action Research at the 2010 Global Symposium on Health Systems Research. **MEDICC Review**, v. 13, p. 35-38, 2011.

MACCACARO, G.A. Una facoltà di medicina capovolta. Intervista pubblicata su *Tempo Medico*, novembre 1971, ristampata. In: MACCACARO, G.A. **Per una medicina da rinnovare, Scritti 1966-1976**. Milano: Feltrinelli, 1979, pp. 377-382.

MONTERO, M. Participation in participatory action research. **Annual review of critical psychology**, v. 2, p. 131-143, 2000.

WAGER, E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. **BMJ**, v. 326, p. 1196, 2003.

LA COSTRUZIONE DEL LABORATORIO ITALO-BRASILIANO DI FORMAZIONE, RICERCA E PRATICHE IN SALUTE COLLETTIVA COME STRUMENTO DI LAVORO IN SALUTE TRA ITALIA E BRASILE

*Ardigò Martino
Cristian Fabiano Guimarães
Brigida Lilia Marta
Alcindo Antonio Ferla
Francesco Sintoni
Maria Augusta Nicoli*

Introduzione

Come ampiamente trattato nei volumi precedenti, i processi legati alla globalizzazione hanno profondamente modificato gli scenari di pratica dei sistemi sanitari. Come visto, inoltre, tali processi hanno agito sia sui determinanti prossimali di malattia che su quelli strutturali, modificando radicalmente le precondizioni che garantiscono lo sviluppo di sistemi sanitari basati sui diritti umani. (KAWACHI; WAMALA, 2007; LABONTE et al., 2011) L'Italia e il Brasile hanno condiviso un passato di dittatura ed entrambi i paesi, nella scrittura della Carta Costituzionale, hanno posto al

centro i Diritti Umani Universali, includendo, tra questi, il diritto alla salute. Va da se, dunque, che il dibattito sulle riforme sanitarie, quali per esempio l'implementazione della Primary Health Care, della Strategia di Salute della Famiglia e delle Case della Salute, coinvolga molto da vicino i Diritti Umani Universali e l'organizzazione democratica degli Stati. (BERLINGUER, 1987)

Questa impostazione è rafforzata dalla constatazione che i determinanti strutturali della salute sono fortemente legati al modello di organizzazione economico-sociale neo-liberista, proprio nel momento in cui, come trattato nei volumi precedenti, il consolidamento del mercato finanziario globale ha prodotto un indebolimento degli stati nazionali e della loro capacità di controllo ed influenza sulle politiche sanitarie.

Il crescente consolidarsi, a livello globale, degli attori legati al mercato e alla finanza non è stato, però, bilanciato da un parallelo rafforzarsi di soggetti istituzionali trans-nazionali, ancorati agli Stati e ai processi democratici. Pertanto, i sistemi sanitari centrati sui diritti umani si trovano ad affrontare una crisi strutturale proprio per via di un deficit di governance istituzionale. Inoltre, grazie al consistente sviluppo tecnologico, il posizionamento dei professionisti sanitari e delle istituzioni di ricerca e formazione - già storicamente caratterizzato da una logica "neutrale" incentrata principalmente sulla dimensione tecnica - si è spostato ancor di più su posizioni biologiche ed oggettivanti, con effetti sia sulla formazione dei futuri professionisti, sia sulla produzione di conoscenze scientifiche rispetto ai processi in atto. (MISSONI; MARTINO, 2011) Al netto, i sistemi sanitari risultano sempre meno capaci di sviluppare azioni concrete per misurare le dimensioni politiche, sociali e culturali dei processi di salute e malattia e per affrontare le cause sociali, politiche ed economiche della malattia.

Il riflesso più immediato di questa situazione è rappresentato dal fatto che i sistemi sanitari degli stati nazionali non sono più in grado di contribuire alla costruzione di una società più giusta ed equa e con migliori condizioni di salute per tutti, nonostante ciò fosse uno degli obiettivi dichiarati dalle Nazioni Unite. (BAUM, 2001) Il programma della Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS "Salute per tutti entro l'anno 2000" ne è un esempio pratico. Lanciato nel 1976, esso poneva forte enfasi sullo sviluppo sociale, politico ed economico dei paesi con indici di sviluppo umano più bassi ed indicatori di salute peggiori, proprio nella prospettiva di affermare la salute come diritto umano fondamentale intimamente connesso agli altri diritti, così come dichiarato nell'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

Le aspettative del piano sono state disattese e l'obiettivo di una salute soddisfacente per tutti entro l'anno 2000 si è trasformato nel ben più modesto programma verticale degli 8 Millennium Development Goals (Obiettivi del Millennio), da raggiungere nel 2015. Successivamente è stato deciso che il programma, ulteriormente ridimensionato, si sarebbe dovuto focalizzare su azioni volte a sradicare la povertà entro il 2030, dimostrando la progressiva diminuzione di governance delle istituzioni sanitarie a livello globale e locale.

Allo stesso modo l'incremento dell'incidenza della malattie cronico-degenerative ha spinto l'OMS già nel 2008 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) a consigliare l'adozione di strategie di assistenza basate sulla Primary Health Care. La Primary Health Care ha tra le sue caratteristiche principali la marcata attenzione alla promozione-prevenzione della salute ed è pertanto molto efficace nel contrasto dell'insorgenza di condizioni pre-patologiche che richiederebbero poi un trattamento in

cronico, diventando quindi molto costose per il sistema. Le strategie di PHC tentano di spostare il più avanti possibile l'intervento medico, attraverso l'azione su una vasta gamma di fattori che interessano condizioni pre-patologiche che se non affrontate possono esitare in patologie, produrre aggravamenti e arrivare a determinare esiti negativi sulla salute e l'autonomia degli individui. L'azione su queste condizioni dipende dalla capacità dei sistemi sanitari di indurre empowerment nei soggetti in modo da promuovere stili di vita salubri. L'adozione di stili di vita "corretti" e salubri dipende però fortemente dal contesto socio-ambientale in cui i soggetti nascono e crescono (prospettiva lifecourse); per essere efficaci, pertanto, gli interventi di promozione-prevenzione devono soprattutto saper identificare e affrontare quei fattori di contesto che hanno un effetto negativo sulla salute delle persone. In poche parole, specie per quella parte di popolazione fragile o che possiede scarse risorse personali, l'adozione di uno stile di vita salutare dipende principalmente dalla rimozione dei determinanti negativi di salute e/o dall'adozione di strategie di compensazione della fragilità. Ambedue queste misure però, nello scenario globalizzato, dipendono dalla capacità dei professionisti di agire efficacemente su determinanti prossimali, che però raramente dipendono da processi esclusivamente locali. Si genera dunque un paradosso per cui i sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare interventi che richiedono una rilevante dimensione sovra locale, ma in mancanza di un'architettura istituzionale, giuridica, di ruoli e competenze che lo renda possibile.

In questo scenario i servizi basati sulla Primary Health Care corrono il rischio di trasformarsi in un apparato teorico, normativo e valutativo retorico, che dichiara valori e strategie senza avere nella pratica gli strumenti e le risorse per perseguirli. Ad esempio, strategie assistenziali in ambito delle cronicità come il Chronic Care Model hanno

come punto di forza la costruzione di processi inclusivi che tendono a costruire reti tra i diversi attori, chiamando in causa anche i care givers familiari e la comunità. Queste istanze partecipative però necessitano di una forte capacità negoziale da parte dei sistemi sanitari, allo scopo di adattare gli interventi ai bisogni - anche quelli percepiti - degli utenti, e alle risorse materiali e immateriali reperibili in un dato contesto. L'impossibilità dei servizi di intervenire sui determinanti medi e strutturali mette a nudo la fragilità del sistema stesso e porta alla luce attraverso casi pratici la marcata difficoltà nel proteggere la salute quale diritto umano fondamentale. Tale paradosso, dunque, è potenzialmente in grado di disattivare le retoriche sull'assistenza sanitaria universalista ed equitativa, mostrando chiaramente i limiti politici posti dalla crisi strutturale dei sistemi sanitari. L'adozione di un approccio prescrittivo è una strategia molto comune per occultare gli effetti delle logiche neo-liberiste sulla salute e allo stesso tempo, l'utilizzo predominante del modello esplicativo biomedico della malattia è uno strumento molto potente di naturalizzazione delle sue cause sociali. L'approccio prescrittivo tenta di usare il sapere biomedico nella sua forma oggettiva, come se questo fosse naturale e a-valoriale, un regime di verità assoluto prodotto attraverso processi di costruzione della conoscenza neutri e oggettivi. Tale approccio ha diversi effetti sulla pratica assistenziale. In primo luogo rende l'esperienza dei professionisti e dei pazienti subalterna alla conoscenza biomedica, dal momento che il regime di verità prodotto dall'esperienza è di tipo soggettivo, mentre quello biomedico è presuntamente oggettivo. L'Assistenza Primaria, pertanto, perde di significato quando non riesce a cogliere il peso soggettivo delle esperienze di malattia dei pazienti e di produzione dell'assistenza dei care givers; allo stesso tempo le attività promotivo-preventive tendono a modificare gli stili di vita delle persone e delle comunità

indipendentemente dal valore e dalle caratteristiche che loro attribuiscono al benessere e alla vita stessa. In altre parole il sistema sanitario tende a produrre interventi sanitari nell'“interesse dei pazienti” ma non necessariamente con il loro accordo. Un sistema sanitario con queste premesse corre il rischio di distaccarsi dall'idea di salute come diritto umano fondamentale e strumento di emancipazione individuale e collettiva, per presentarsi invece come potenziale dispositivo di bio-controllo sociale. Alla luce di queste riflessioni è pertanto necessario pensare ad una strategia di Assistenza Primaria in Salute capace di agire su determinanti tanto prossimali quanto strutturali, nel tentativo di rendere effettive le strategie di relazione, incontro, accoglienza, e la cultura della negoziazione continua tra professionisti, cittadini, servizi e comunità locali, configurando un modello di co-costruzione della salute tra spazio individuale e collettivo, che può rappresentare, de facto, un potente esercizio di costruzione della democrazia.

L'Assistenza Primaria come luogo di cura, empowerment e produzione di democrazia tra globale e locale, e la nascita del Laboratorio Italo-Brasiliano

L'Assistenza Primaria, intesa come spazio di empowerment degli attori coinvolti, sia comunitari che dei servizi, opera attraverso modelli di negoziazione che permettono l'emersione dei soggetti, delle loro traiettorie di vita, dei loro valori ed in definitiva dei loro bisogni di salute. Il rispetto del singolo nello spazio comune, d'altra parte, impone articolate riflessioni in relazione all'affermazione delle libertà individuali senza ledere quelle altrui e le collettive. La necessità di garantire assistenza e cure, e di

fornire risposte ai bisogni soggettivi in un'ottica di giustizia e di equità fa sì che la Primary Health Care sia intimamente connessa ai Diritti Umani e alla loro difesa. Tale approccio non può prescindere inoltre dalla costruzione di solide alleanze tra professionisti e pazienti; servizi e comunità, in un'ottica di lavoro in rete potenzialmente in grado di indurre cambiamenti nei contesti e nello scenario internazionale.

A partire da queste premesse vari soggetti sociali ed istituzioni brasiliane e italiane hanno intrapreso negli scorsi anni una collaborazione con l'obiettivo di riflettere e sperimentare nuove strategie, metodologie, quadri teorici e pratiche per la costruzione di network multi-locali e multi-situati che promuovano la Primary Health Care come strumento per l'affermazione della Salute come Diritto Umano e Bene Collettivo.

Tale network, denominato “Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva”, rappresenta un tentativo diretto di fornire una risposta ai processi globalizzati che producono effetti sulla salute, riconoscendo la necessità di promuovere connessioni tra luoghi in cui, nonostante la distanza geografica, i determinanti locali di salute di ciascun contesto sono correlati a processi globali comuni (per esempio, il peso della crisi economica globale sul rimodellamento dei servizi sanitari, che agisce a livello locale sia nei servizi sanitari in Italia che in Brasile). Allo stesso tempo, tale network intende promuovere connessioni locali, tra loci esistenziali, istituzionali e sociali che pur occupando il medesimo spazio fisico possono avere difficoltà a costruire e mantenere tra loro vincoli di rete (pensiamo, ad esempio, allo scollamento che esiste tra servizi sociali, terzo settore, amministrazioni, servizi sanitari, università nello spazio delle regioni italiane, e alla simile frammentazione riscontrabile nei contesti brasiliani).

Nella consapevolezza che - di fronte ai cambiamenti dello scenario internazionale e alla perdita di controllo degli Stati Nazionali - le strategie di resistenza all'erosione dei diritti umani non possono separare le dimensioni micro e macro, il Laboratorio Italo-Brasiliano mira a ricostruire un tessuto di relazioni tra professionisti, pazienti e comunità locale-globale, accettando la sfida della distanza geografica, della sostenibilità economica e ambientale, della difficoltà di comunicazione linguistica e di identità politica.

Il Laboratorio Italo-Brasiliano nel contesto storico-politico

Esiste una relazione storica tra Italia e Brasile nel campo della salute. Il processo della riforma sanitaria italiana del '78 ha influenzato il pensiero riformista brasiliano, contribuendo alla prossimità tra i due sistemi sanitari. Inoltre il fermento sociale e culturale prodotto dai processi che hanno generato le due riforme nei due momenti storici differenti ha consentito una serie di sperimentazioni, anche radicali, che hanno messo fortemente in questione il modo di pensare la medicina sociale e la salute pubblica nei due paesi. (GUIMARÃES, 2013)

Sotto l'influenza della produzione italiana, il movimento della riforma sanitaria brasiliana ha elaborato un nuovo campo del sapere chiamato Salute Collettiva. Come riportato Paim e Almeida Filho (1998) la Salute Collettiva è un campo scientifico e di pratiche che produce conoscenza e interventi nell'ambito della salute intesa come spazio intersettoriale tra biologico, sociale e contesto storico-politico di riferimento. L'obiettivo del sapere prodotto in questo campo è generare pratiche di trasformazione concreta della realtà quotidiana.

D'altro canto, negli ultimi anni l'Italia ha sperimentato processi di rimodellamento dei servizi a partire da una prospettiva economica, efficientista e ospedale-centrica, attraverso cui è stato possibile percepire una certa limitazione alle pratiche comunitarie e partecipative, così come una difficoltà nel rispondere alle necessità di salute della popolazione in maniera ampia e integrata.

In seguito a questo periodo storico si è riaperto un dibattito, in Italia, rispetto alla necessità di riaffermare i principi dell'universalità, dell'equità e dell'integralità dell'assistenza, e di potenziare il ruolo del territorio e dell'Assistenza Primaria come spazi privilegiati di azione. Parallelamente, nella realtà brasiliana, a partire dal 2012 si è rafforzata la Politica Nazionale di Assistenza Primaria - PNAB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), basata sui principi della Primary Health Care.

A partire dalle radici comuni e dall'analisi delle storie dei due paesi e dei processi di costruzione del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Unico di Salute (SUS), si sono create nel tempo alcune reti di cooperazione tra gruppi di ricercatori italiani e brasiliani, consolidate infine attraverso il network del Laboratorio Italo-Brasiliano. All'interno di questo contesto, la relazione storica esistente tra le esperienze di riforma sanitaria italiana e brasiliana e le strategie immaginate ed elaborate per promuovere principi quali universalità, integralità e partecipazione sociale costituiscono un fil-rouge e un importante elemento per comprendere la rilevanza della cooperazione tra i due paesi.

Approcci metodologici del Laboratorio Italo-Brasiliano

A partire dai processi storici e dalla rete di cooperazione sovra menzionati, gruppi di ricercatori brasiliani e italiani hanno realizzato nel corso di alcuni anni numerose esperienze di intercambio, ricerca congiunta, workshop e attività di formazione, producendo una molteplicità di strumenti di analisi e di contributi teorici.

Sono stati organizzati nel tempo momenti di incontro della rete a cadenza regolare, sfruttando anche l'organizzazione di side events nel corso di conferenze scientifiche internazionali, come per esempio il Congresso Internazionale della Rede UNIDA, o il Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Nel febbraio 2014 si è infine organizzato a Bologna il primo evento a cura del Laboratorio, il congresso Strumenti e metodi di lavoro tra Emilia-Romagna e Brasile: per la salute e il benessere delle comunità locali, al termine del quale è stato sottoscritto un Accordo di Cooperazione che ne ha formalizzato l'esistenza, firmato da Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna, Agenzia Sociale Sanitaria, Regione Emilia-Romagna, Rede Governo Colaborativo em Saúde dell'Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Departamento de Atenção Básica del Ministero della Salute Brasiliano.

In seguito alla formalizzazione, il Laboratorio ha ampliato il proprio network, arrivando ad includere svariate università ed istituzioni Brasiliane, e aprendo nuove collaborazioni sul versante italiano ed europeo. Sono stati inoltre chiaramente definiti approcci metodologici e basi teoriche di riferimento del Laboratorio:

1. Lavoro in reti multi-locali e multi-situate. Le esperienze accumulate hanno permesso di delineare come le difficoltà esistenti nei differenti paesi siano strettamente connesse a processi storico-politici globalizzati e comuni. (MARTINO; MARTA; GUIMARAES; CANINI, 2014) Analizzare e comparare le diverse risposte locali ai processi globali ha portato alla produzione di nuove riflessioni rispetto alla necessità di dotarsi di strumenti di analisi e comprensione trans-disciplinari, e di strategie d'azione innovative volte a creare dei ponti tra esperienze di differenti contesti in rete tra università, servizi e società civile. L'indagine multi-locale tra i sistemi sanitari dei due paesi, entrambi incentrati sull'assistenza primaria, da un lato ha il potenziale di contribuire all'identificazione di criticità comuni prodotte da determinanti strutturali che gravano sui servizi sociali e sanitari nel mondo globalizzato (transizione epidemiologica, effetti dell'aumentata mobilità di beni e persone, flussi migratori, crisi economica); dall'altro favorisce lo scambio di buone pratiche esportabili e/o ri-adattabili e fornisce ulteriori lenti e prospettive con cui analizzare strumenti e risorse a disposizione nel proprio contesto. Il confronto facilita inoltre la de-naturalizzazione di alcune prassi di lavoro incorporate, riconoscendone, quando presente, la componente innovatrice. Allo stesso tempo, l'approccio di cooperazione multi-situata ha il potenziale di creare reti territoriali in cui professionisti dell'area di gestione e assistenza si confrontano con ricercatori universitari, con studenti e con la cittadinanza, alimentando un dispositivo etico-pedagogico in cui gli attori coinvolti si cimentino attorno ad obiettivi comuni. In questo senso, avvicinare di più la formazione accademica in salute al quotidiano dei servizi, a partire da

un'esposizione dello studente agli scenari di pratiche già nei primi anni di università, può costituire un primo motore di cambiamento. Il Laboratorio si è impegnato in questi anni di attività per la promozione di reti multidisciplinari di ricerca e formazione volte all'analisi dei sistemi sanitari brasiliano e italiano attraverso uno sguardo ampio e integrato, con un particolare interesse alle connessioni globali-locali e utilizzando metodologie quali-quantitative. Alcuni progetti, che hanno coinvolto studenti italiani e brasiliani in gruppi multidisciplinari (medicina, antropologia, educazione fisica) sono il risultato di queste riflessioni, e verranno descritti più nel dettaglio nei paragrafi successivi (Progetto "Vivere e Vedere" i Servizi Sanitari - UniVerSSI);

2. Salute collettiva: concezione ampia e pratiche integrate. Il paradigma della salute collettiva chiama in causa un processo di re-significazione del concetto di salute stesso, inteso come spazio politico di riappropriazione dei soggetti e affermazione della molteplicità attraverso la produzione di pratiche sociali che legittimano la pluralità di significati attribuiti a salute e malattia. Riportando tale riflessione all'ambito della produzione dei saperi medici diviene necessario promuovere la costruzione di un sapere comune, che valorizzi le conoscenze elaborate dentro e fuori dalle istituzioni sanitarie, e che permetta nuove interpretazioni dei processi di salute e malattia attraverso chiavi più solidarie, democratiche ed etiche. (STEFANINI, 2011) In questo contesto ruolo cruciale riveste la collaborazione transdisciplinare con altre discipline, quali le scienze umane e sociali applicate alla salute e l'antropologia. Coerentemente a tali riflessioni la produzione del sapere e la formazione

dei professionisti sanitari devono essere collegate all'analisi dei differenti approcci culturali e alla comprensione profonda dei processi di produzione delle soggettività, mantenendo uno sguardo complesso e dinamico sulla salute. (FERLA, 2007) In questo senso, alcune esperienze di formazione portate avanti dal Laboratorio si sono basate non soltanto su metodologie di apprendimento attivo, dibattito e riflessione (che, sebbene innovative rispetto alla formazione tradizionale, si basano comunque sulla componente mentale dell'apprendimento) ma anche sull'utilizzo di pratiche corporee, espressioni artistiche e altre modalità attente alla valorizzazione delle singolarità di ogni contesto;

3. Approccio di ricerca-formazione-intervento. Il Laboratorio fonda il suo approccio metodologico sulla ricerca-formazione-intervento, una strategia che rende operativo il concetto di educazione trasformativa all'interno dei contesti lavorativi e dei servizi. Tale cornice teorico-metodologica è volta non soltanto alla produzione di conoscenza, ma anche all'acquisizione di competenze che vengono attivamente "restituite" al campo, determinando un processo di reciproca capacitazione all'interno di contesti di pratiche concrete e quotidiane. (MERHY; FRANCO, 2003) L'approccio mira al miglioramento delle pratiche assistenziali aiutando i professionisti a sviluppare strumenti e conoscenze utili alla qualificazione delle loro attività, all'interno di contesti di pratiche reali, stimolando allo stesso tempo la costruzione di reti semantiche e di assistenza. Il termine "ricerca-intervento" designa esperienze di ricerca e proposte metodologiche molto diverse tra loro, accomunate dal fatto che il metodo contempla

teoria e prassi come elementi costitutivi di un processo ricorsivo, contro la tradizionale separazione tra ricerca, dotata di propri metodi, ed effetti concreti dei risultati sul territorio dell'intervento.

La ricerca-intervento si basa inoltre su un approccio partecipativo, curato a tutti i livelli, dalla comunità alle forme istituzionali di governo. Infine, in ambito sanitario l'approccio di formazione-intervento, implementato attraverso il lavoro in equipe e con la supervisione dell'università (effettuando un'integrazione tra ricerca-insegnamento-servizio), si basa su di un duplice presupposto: 1) la necessità di partire dal lavoro quotidiano dei professionisti e dalla loro esperienza, per sviluppare riflessioni che possano coinvolgerli direttamente producendo rapide ricadute sull'assistenza (apprendimento significativo); 2) l'importanza del coinvolgimento della componente universitaria, fondamentale sia per il suo ruolo principale di formazione dei futuri professionisti sanitari, sia per le possibilità di approfondimento teorico e di riflessione qualificata che può apportare.

Il Laboratorio adotta l'approccio della ricerca-formazione-intervento a livello trasversale in tutte le attività implementate, utilizzando l'immagine del quadrilatero della formazione in salute –educazione, gestione, assistenza, partecipazione sociale - che propone il modello di un'educazione volta alla trasformazione, sottolineando che per riformare l'organizzazione dei servizi è necessario innovare, a monte, i processi formativi. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Le esperienze portate avanti finora all'interno del Laboratorio, basate sugli approcci sopra descritti, hanno rappresentato un campo privilegiato per la generazione di nuove tecnologie, che potenzialmente possono essere

introdotte nei sistemi sanitari dei due paesi. In questo senso, il Laboratorio emerge come dispositivo di articolazione di temi e/o aree di mutuo interesse per la cooperazione tra Italia e Brasile, oltre che come catalizzatore/moltiplicatore di buone pratiche e punto di raccordo per l'investimento in ricerca nel campo della salute collettiva e della formazione in salute.

È importante sottolineare che l'esperienza che si sta elaborando attraverso tale percorso da un lato si beneficia dei quadri teorico-metodologici sopra descritti, dall'altro si concentra su alcune tematiche specifiche, all'interno dell'ampio paradigma dell'Assistenza Primaria: nuove forme di partecipazione sociale in salute; modalità innovative di apprendimento in salute all'interno del territorio e dei servizi territoriali; modalità partecipate di valutazione dei servizi e dei processi di presa in carico; forme di promozione della salute e del benessere della popolazione più vulnerabile (per esempio, migranti in Italia, popolazione indigena in Brasile, altre minoranze); forme di contrasto alla violenza strutturale.

Tali assi di interesse sottolineano il passaggio dal paradigma della salute pubblica a quello della salute collettiva, e si strutturano a partire dall'integrazione tra strumenti concettuali e metodologici e lavoro pratico all'interno dei servizi di Assistenza Primaria in Salute. Questi elementi costituiscono la scommessa strategica del Laboratorio rispetto alla composizione di nuove pratiche e tecnologie di lavoro per lo sviluppo dei sistemi sanitari Italiano e Brasiliano. Di seguito presenteremo alcuni risultati concreti di questo processo, focalizzandoci sullo scenario italiano. L'obiettivo è mostrare al lettore come le strategie messe in atto nel contesto italiano siano state fortemente influenzate dall'esperienza brasiliana, attraverso l'induzione di trasformazioni importanti a partire dal confronto e dal

riadattamento di buone pratiche brasiliane al contesto locale (vedi il Programma Agenti Comunitari di Salute e il Programma di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dei Servizi di Assistenza Primaria, PMAQ, entrambi brasiliani, ripresi in alcune loro componenti in sperimentazioni nel territorio della Regione Emilia-Romagna).

Alcune esperienze ibride nello scenario italiano

I progetti sviluppati/in via di implementazione nel contesto italiano si beneficiano della forte approssimazione tra Università, gestori e servizi, a partire dalla collaborazione tra il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale ed Interculturale – CSI dell'Università di Bologna, l'Area Comunità, Equità e Partecipazione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, l'AUSL di Ferrara, e numerosi altri attori istituzionali o territoriali.

Progetto per la promozione dell'equità, dell'efficacia e dell'Assistenza Primaria nell'azienda USL di Ferrara

L'obiettivo di questo progetto, attualmente nella fase centrale di implementazione, è elaborare strumenti per valutare la qualità assistenziale (la pertinenza, l'efficacia, la risolutività, l'integralità e l'equità) nelle Case della Salute nel territorio di Ferrara. È importante sottolineare che l'istituzione delle Case della Salute è avvenuta per decreto del Ministero della Salute nel 2006, è stata rafforzata nel 2010 da normative regionali, e rappresenta il più importante

tentativo di potenziare l'Assistenza Primaria in Italia dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978.

Si tratta di una proposta che considera come presupposto di partenza la ricerca-azione come strategia capace di promuovere e implementare processi integrati di assistenza, gestione, valutazione e formazione in salute, basandosi sui principi dell'Assistenza Primaria. Le attività del progetto si sviluppano a partire dalla valorizzazione delle competenze e del sapere dei professionisti che sono inseriti nella rete di assistenza territoriale, allo scopo di modernizzare la rete delle cure primarie e garantire la continuità del percorso assistenziale tra i servizi sociali e sanitari.

Utilizzando sia metodologie quantitative che qualitative, attraverso il progetto si realizza l'analisi dei determinanti sociali di salute, strutturali e prossimali, che agiscono sul territorio in questione. Oltre a questo, la proposta si propone di mappare le percezioni rispetto alle necessità di salute dei cittadini, sia individualmente, sia in gruppi organizzati, ponendo particolare attenzione alle condizioni di vulnerabilità e ai problemi di salute esistenti sul territorio. Un altro elemento importante oggetto di preoccupazione di questo progetto è la costruzione della rete di presa in carico, considerando come asse ordinatore le Case della Salute presenti sul territorio e seguendo la logica dell'assistenza primaria, allo scopo di aggregare ai servizi le risorse esistenti nella comunità. Il progetto si avvale del coinvolgimento dei differenti attori implicati nella rete territoriale di assistenza socio-sanitaria e della comunità di Ferrara, stimolando la valorizzazione delle differenti risorse disponibili. Il risultato desiderato è la costruzione di itinerari terapeutici basati sulla Comprehensive Primary Health Care.

Altro elemento importante è lo sviluppo di strategie di educazione permanente per i professionisti delle Case

della Salute, che abbiano come punto di intersezione le necessità individuate nel territorio e le percezioni dei professionisti e delle comunità. Questa strategia si aggrega alla pratica quotidiana di valutazione delle azioni e dei servizi socio-sanitari, intesa come strumento di qualificazione dei processi di lavoro e miglioramento della qualità dell'assistenza offerta. In questo senso, la valutazione intende incentivare la costruzione di processi formativi autonomi e la riorganizzazione di nuovi processi di lavoro più sintonizzati con il modello della PHC. In questa prospettiva, l'educazione permanente favorisce la produzione di strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza e della presa in carico.

Figurano tra i proponenti di questo progetto la AUSL di Ferrara e il Centro Studi in Salute Internazionale ed Interculturale - CSI. I partecipanti sono i professionisti delle Case della Salute della AUSL di Ferrara, e professori e ricercatori di università italiane e brasiliane. In maniera generale, potremmo dire che le principali attività sviluppate sono: 1) costruzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali di professionisti del campo socio-sanitario, gestori dei servizi, e ricercatori delle università coinvolte; 2) valutazione delle necessità di formazione dei professionisti delle Case della Salute; 3) diagnosi di comunità processuale e partecipativa; 4) analisi congiunta con i professionisti del territorio dei dati raccolti; 5) elaborazione ed implementazione di un progetto di educazione permanente; 6) sviluppo di azioni indirizzate ad impattare sui determinanti sociali, modificandoli; 7) elaborazione di strumenti di valutazione che contribuiscano a produrre una riflessione sul processo di lavoro in equipe, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza offerta alla popolazione.

Nelle azioni implementate risulta evidente la contaminazione con l'esperienza brasiliana dell'educazione

permanente e della valutazione dei servizi di Assistenza Primaria. La logica della valutazione come meccanismo di induzione di cambiamento nei processi di lavoro è stata introdotta nel Sistema Unico di Salute (SUS) con l'implementazione del Programma di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dei Servizi di Assistenza Primaria, PMAQ, che aveva lo scopo di qualificare l'assistenza primaria brasiliana. La valutazione ha senso se ha la capacità di incidere sui processi di lavoro, considerando che numerose evidenze scientifiche hanno sottolineato che l'aspetto relazionale e il lavoro in equipe sono elementi centrali per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Tali considerazioni e le applicazioni pratiche nei differenti contesti caratterizzano il Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva come dispositivo di produzione di un sapere meticcio e comune, applicato alla produzione di esperienze sintonizzate con le realtà locali.

Agenti di Salute nella Regione Emilia-Romagna

Il progetto, in fase conclusiva, ha l'obiettivo di stimolare una riflessione sul lavoro degli agenti comunitari di salute/operatori di prossimità all'interno della Regione Emilia-Romagna a partire dalle esperienze pratiche esistenti nel territorio, allo scopo di attivare azioni di formazione e qualificazione di questi professionisti. Si tratta di mappare le esperienze degli "operatori ponte" e delle "figure di prossimità" presenti in ambito regionale, con l'intento di analizzare le differenze esistenti nei vari contesti e le difficoltà del lavoro quotidiano degli agenti. L'iniziativa si propone di realizzare una ricomposizione delle diverse tipologie di figure operanti nei territori che compongono la regione emiliano-romagnola, allo scopo di evitare una

frammentazione di tali esperienze e migliorare la relazione di questi professionisti con i servizi socio-sanitari. Il risultato della ricerca deve orientare l'elaborazione di proposte di educazione permanente per gli agenti di salute e fornire informazioni strategiche per politiche socio-sanitarie regionali che contemplino e valorizzino ancora di più l'importante ruolo di questi professionisti.

I proponenti di questo progetto sono l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale ed Interculturale - CSI. Tra i partecipanti vi sono i professionisti socio-sanitari, i gestori e le istituzioni/organizzazioni che lavorano con le figure di prossimità nel contesto regionale, professori, ricercatori e studenti brasiliani. Tra le attività svolte, evidenziamo: 1) la mappatura delle esperienze degli agenti di salute in ambito regionale; 2) l'identificazione delle esperienze con maggior potenziale innovativo/trasformativo e il coinvolgimento dei professionisti nelle attività di ricerca e formazione; 3) l'organizzazione di momenti di discussione e scambio di esperienze attraverso incontri nei differenti territori implicati; 4) la strutturazione di un percorso di riflessione collettiva per discutere le criticità e le buone pratiche professionali riscontrate, allo scopo di approfondire l'analisi delle esperienze e dei modelli di gestione esistenti; 5) lo sviluppo di strumenti teorico-metodologici di analisi dei processi di lavoro e di formazione permanente; 6) la strutturazione di interventi di educazione permanente con la partecipazione degli agenti di salute, che possano contribuire al miglioramento del lavoro quotidiano; 7) la strutturazione di una proposta regionale di modello innovativo della figura professionale dell'agente di salute, considerando le esperienze apprese durante la ricerca e le caratteristiche tipiche dei territori regionali.

Il modello del Programma degli Agenti Comunitari di Salute brasiliano ha aiutato a ripensare a questa pratica nello scenario italiano. La sfida consiste nell'integrare ancora di più gli agenti di salute ai servizi socio-sanitari, in particolar modo all'interno delle Case della Salute, allo scopo di qualificare l'assistenza. I principali elementi che garantiscono la struttura del programma brasiliano, come per esempio, il legame dell'agente comunitario con la comunità in cui lavora, la sua appartenenza al territorio, l'integrazione con le equipe di Assistenza Primaria e le visite domiciliari alle famiglie di riferimento hanno contribuito alla strutturazione concettuale del modello italiano e alla strutturazione di una proposta di innovazione rispetto al possibile lavoro di questa figura professionale nello scenario emiliano-romagnolo.

Valutazione dei servizi in un contesto di Primary Health Care

Il progetto si pone l'obiettivo di sviluppare e implementare un processo di valutazione dei servizi offerti e dell'accesso e della qualità dell'assistenza primaria (in modo particolare nell'ambito delle Case della Salute) all'interno della Regione Emilia-Romagna. La finalità della proposta è favorire l'implementazione della cultura della valutazione nella pratica quotidiana dei professionisti di assistenza primaria, stimolando azioni di monitoraggio dei processi e dei risultati ottenuti. La proposta consiste nel verificare le condizioni per l'implementazione di un modello di valutazione di carattere processuale e articolato con la prospettiva di migliorare la qualità dei servizi e dei processi di lavoro. Oltretutto, cerca di rafforzare l'impatto dell'assistenza primaria sulle condizioni di salute della popolazione e migliorare la soddisfazione degli utenti

in relazione ai servizi. Il processo acquisisce consistenza soltanto se la pratica di valutazione contribuisce anche alla promozione della qualità e dell'innovazione nei processi di gestione delle equipe delle Case della Salute, rafforzando i processi di auto-valutazione e monitoraggio delle pratiche, così come quelli di educazione permanente dei professionisti.

Questo progetto si sta svolgendo nel territorio dell'AUSL di Ferrara in collaborazione con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale – CSI, la Rede Governo Colaborativo em Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS e l'Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Conta con la partecipazione dei professionisti delle Case della Salute, dei gestori dei servizi socio-sanitari, di professori, ricercatori e studenti italiani e brasiliani. Le principali attività che si stanno implementando sono: 1) la costruzione di un gruppo di lavoro internazionale per la raccolta e la revisione della letteratura internazionale, con la collaborazione di professori, ricercatori e studenti del CSI e delle altre università brasiliane coinvolte; 2) la definizione di obiettivi per il miglioramento dell'accesso e della qualità dei servizi di assistenza primaria; 3) lo sviluppo di una metodologia e di un set di strumenti di valutazione e auto-valutazione delle equipe di salute; 4) l'identificazione e la comparazione di indicatori di monitoraggio esistenti nel sistema sanitario regionale e nel contesto brasiliano; 5) la definizione di uno studio di fattibilità per l'implementazione di un modello di valutazione processuale dell'assistenza primaria e delle Case della Salute nello scenario emiliano-romagnolo.

Le discussioni relative a questo progetto sono state stimolate dagli scambi realizzati tra gestori dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, professori e ricercatori italiani e brasiliani, a partire dall'analisi del Programma di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità

dei Servizi di Assistenza Primaria, (PMAQ). Il gruppo di lavoro è giunto a strutturare e presentare una proposta di strategia di valutazione che trae molti spunti dalle buone pratiche del Programma, ma che è fortemente sintonizzata con la realtà italiana. Per arrivare a ciò, i gestori regionali hanno svolto diverse missioni di approfondimento in Brasile, partecipando ad incontri e seminari promossi dal Ministero della Salute grazie alle articolazioni sviluppate dal Laboratorio Italo-Brasiliano, che ha funzionato come importante meccanismo di facilitazione di scambi di esperienze nel contesto della cooperazione tra Italia e Brasile in ambito sanitario.

Progetto “Vivere e Vedere” i Servizi Sanitari - UniVerSSI

Questo progetto, già implementato nel nostro contesto, ha lo scopo di incentivare la costruzione di pratiche innovative di formazione in salute, gestione dei processi di lavoro e sviluppo di nuove tecnologie, con l'obiettivo di qualificare i sistemi sanitari italiano e brasiliano a partire dall'immersione di studenti, professionisti e gestori nella pratica quotidiana dei servizi sanitari dei due paesi. In Brasile, questa esperienza è stata chiamata “Ver SUS” ed è coordinata dal Ministero della Salute.

Il progetto propone la composizione di gruppi di gestori, professionisti e studenti nei due paesi, che vivono, attraverso un'immersione nel sistema sanitario italiano e brasiliano, esperienze concrete del lavoro quotidiano dei servizi. Questa azione è accompagnata da un processo formativo basato su di una strategia di insegnamento e apprendimento sviluppata per mezzo di tecnologie di educazione a distanza e attività presenziali. Lo scopo del

processo è offrire uno spazio di riflessione critica sulla realtà dei processi quotidiani di assistenza, attraverso discussioni di caso e discussioni in loco con professionisti dei servizi, che culminano nell'elaborazione congiunta di progetti per il miglioramento dei sistemi locali di salute. Tale momento è importante poiché attribuisce un ruolo di attiva responsabilità ai gruppi di lavoro, creando le condizioni per lo sviluppo di nuovi progetti di intervento che possono apportare un potenziale contributo migliorativo e innovativo nel quotidiano del lavoro dei servizi di entrambi i paesi.

Questa strategia è stata coordinata dalla Rede Governo Colaborativo em Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e dal Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale - CSI, con la partecipazione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia-Romagna e dei servizi territoriali brasiliani. I partecipanti alle attività sono i professionisti sanitari, i gestori dei servizi socio-sanitari, professori, ricercatori e studenti di entrambi i paesi.

I risultati di questo progetto sono stati molto stimolanti. Molti professionisti italiani e brasiliani hanno conosciuto i servizi dei due paesi e attualmente sono attivi e coinvolti in prima linea nella realizzazione dei progetti presentati in questo capitolo, o di altri da loro proposti nei rispettivi contesti locali. Non abbiamo dubbi sul fatto che queste esperienze abbiano contribuito fortemente alla costruzione di una rete di produzione di ricerche e di interventi concreti sulla realtà sociale e sanitaria dei due paesi e, allo stesso tempo, garantito l'avvicinamento dei differenti attori e la circolazione della conoscenza necessaria a stimolare la costruzione di nuovi saperi e pratiche in salute collettiva sintonizzate, tanto dal punto di vista etico quanto politico, con la promozione dei Diritti Umani e la garanzia dei Sistemi Sanitari Universali.

Considerazioni Finali

La strategia di cooperazione tra Brasile e Italia qui presentata, resa effettiva nella pratica attraverso gli strumenti del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva, non segue il modello applicato tradizionalmente quando si parla di cooperazione tra paesi, il cui asse centrale ha a che vedere, generalmente, con pratiche di interesse economico o di forme di colonizzazione del pensiero. Sono rintracciabili nella storia un'infinità di esempi di cooperazione strutturata a partire da questa prospettiva, in cui un paese, considerato più avanzato dal punto di vista economico e/o culturale, utilizza la strategia della cooperazione come mezzo per espandere mercati o estendere il suo dominio sui paesi "meno sviluppati".

Gli esempi presentati in questo testo mostrano che la relazione costruita tra Brasile e Italia, in questo caso, non si struttura a partire da questi presupposti. Questo aspetto è importante ed inedito, poiché nel suo piccolo modifica la relazione storica che esiste tra i paesi europei e quelli latino-americani. L'elemento chiave del processo che si sta consolidando tra i partecipanti al Laboratorio è l'elaborazione di forme di "de-colonializzazione del pensiero", che mirano ad aprire spazi per la costruzione di nuovi linguaggi, di modalità di analisi critica e di pratiche comuni in Salute Collettiva e in Assistenza Primaria volte alla difesa e affermazione della democrazia.

Inoltre, la composizione di uno spazio comune tra Italia e Brasile all'interno del Laboratorio si è fortemente beneficiata della vicinanza storica tra i sistemi sanitari dei due paesi, creando le condizioni per la costruzione di strumenti di lavoro e formazione inediti e ibridi fra i due contesti.

Il lavoro sviluppato attraverso reti internazionali multi-locali ha reso possibile vivere esperienze in differenti contesti e aggregare una molteplicità di strumenti di analisi e riflessione sulla realtà, esponendo studenti, ricercatori, professionisti sanitari e gestori alla riflessione sull'inscindibile legame che esiste tra processi locali e globali. A partire da questa prospettiva percepiamo che la strategia globale-locale ha funzionato come importante dispositivo all'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano, favorendo la capacità di "sfumare" il territorio locale di ogni paese e comporre nuovi linguaggi su scala più ampia, consapevole e condivisa.

Pertanto, possiamo concludere che lo strumento del Laboratorio ha promosso la creazione di un processo collettivo transnazionale, mostrando come sia possibile costruire potenti reti che, in maniera trasversale, liberino l'immaginazione dei partecipanti e preparino il cammino alla realizzazione di interventi concreti sulla realtà sanitaria brasiliana e italiana. Tale processo ha prodotto pratiche di attivismo politico articolate al territorio e ai servizi sanitari, che riscattano il percorso storico di lotte per l'universalizzazione del diritto alla salute e promuovono la difesa della democrazia.

Bibliografia

BAUM, F. Health, equity, justice and globalisation: some lessons from the People's Health Assembly. **J Epidemiol Community Health**, v. 55, p. 613–6, 2001.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero na Formação Para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FERLA, A.A. **Clínica em movimento**: cartografias do cuidado. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

GUIMARÃES, C.F. **Variações do coletivo na Saúde**. Projeto de Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Porto Alegre, 2013.

KAWACHI, I.; WAMALA, S.P. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

LABONTE, R.; MOHINDRA, K.; SCHRECKER, T. The Growing Impact of Globalization for Health and Public Health Practice. **Annu. Rev. Public Health**, v. 32, p. 263–83, 2011.

MARTINO, A. ; MARTA, B. L. ; GUIMARAES, C. ; CANINI, A. . Processos globais, contextos locais: extensão comunitária, territórios em transformação e formação em saúde. Com- Unidade: experiências extensionistas. 1ed.São Paulo: Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2014, v. , p. 58-72.

MARTINO, A. et al. **Processos globais, contextos locais: extensão comunitária, territórios em transformação e formação em saúde.** Em publicação.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY E.E., ONOCKO R.T. (orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MISSONI, E.; MARTINO, A. L'insegnamento della Salute Globale. In: AA.VV. Salute globale. In FormAzione per cambiare. vol. 4º, p. 21-26, PISA, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care Now More Than Ever, World Health Report, 2008.** Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

STEFANINI, A. Diritti umani e salute. In: OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE. **InFormAzione per cambiare**, PISA, ETS, 2011. p. 145 – 158.

UNITED NATIONS. **Millennium Development Goals, Report 2015.** Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf

APPRENDERE NELLA/CON LA COMUNITÀ: una sperimentazione di estensione universitaria nella formazione in salute

*Martina Riccio
Nadia Maranini
Angelo Lorusso
Marianna Parisotto
Chiara Bodini*

“La Salute non è solo quella che si produce nei luoghi di cura tradizionali; bensì diventa qualcosa di più ampio sulla quale vale la pena iniziare a riflettere.” (studente di medicina)

Come evidenziato da diversi autori, la formazione dei professionisti della salute è dominata da un sapere astratto, tecnicistico e iperspecialistico. (BERTOLINI; MASSA, 1997; MACCACARO, 1979) La preponderanza delle discipline biomediche impedisce la comprensione del più ampio contesto sociale e politico in cui le persone nascono, crescono, si ammalano.

La separazione storicamente e culturalmente determinata tra salute e malattia, costitutiva della formazione (e della professione) medica, è propria di un dispositivo che “...per conoscere l’uomo da curare e da

guarire lo ha oggettivato [...] recidendo ogni legame con la storia individuale e collettiva e riportando nel corpo dell'individuo anche ciò che proveniva dal corpo sociale." (BASAGLIA, 2012, p.25)

Ridotta in questo modo, la complessità dei processi di salute e malattia non trova spazio negli ambiti di intervento che esulano dal corpo individuale e che riguardano elementi costitutivi del contesto di vita, utili alla comprensione della malattia e alla co-costruzione di strategie di cura efficaci.

Tale prospettiva ha ridotto la formazione medica a un asettico trasferimento di nozioni in aula, alternato a momenti di tirocinio quasi esclusivamente ospedaliero. Le attività pratiche formative, intese ad avvicinare lo studente alla dimensione concreta della professione applicando i contenuti appresi in aula, sono coerenti con il modello epistemologico bioriduzionista e funzionali a riprodurre un sistema di pertinenze concentrato sul corpo oggettivato:

In tale senso l'università funzionerebbe come una 'fabbrica di consenzienti' dove vengono fornite informazioni, anzi nozioni, avulse dal contesto [...] tali nozioni risultano inutilizzabili e servono soprattutto a spegnere il senso critico e ad allenare il futuro medico alla accettazione passiva dei dati 'tecnici' forniti dai docenti e del falso mito della neutralità della scienza 'pura' spacciata come indiscutibile obiettività. (STEFANINI, 2014, intenet)

Vedendo il processo di cura come mera applicazione di procedure tecniche, lo studente perde il contatto con se stesso e l'interesse per l'altro (paziente), dimenticandosi della natura relazionale dell'incontro terapeutico. Diversi studi di antropologia medica (FARMER, 2003; KRIEGER, 2011; QUARANTA, 2012; NAPIER, 2014) e salute pubblica

(WHO, 2008; MARMOT, 2010) mettono piuttosto in luce come nelle politiche e pratiche sulla salute le azioni volte al sostegno dell'agency¹ e dell'autodeterminazione individuale e collettiva sono fondamentali. Per raggiungere una maggiore approssimazione e possibilità di azione sulla salute è necessario infatti immergersi nelle relazioni che le persone vivono all'interno del proprio contesto quotidiano, operando in maniera integrata con la comunità e il sistema dei servizi. Infatti, quando si sposta lo sguardo dalla malattia come 'oggetto scientifico' al processo che coinvolge salute e malattia nel contesto storico e sociale, gli spazi dell'ambulatorio e della clinica appaiono parziali e limitanti. Riconfigurare il lavoro di cura, e dunque la formazione, come spazio con e nella comunità richiede la ricomposizione epistemologica e metodologica di un sapere accademico frammentato nei diversi percorsi disciplinari, e mette al centro il confronto in equipe attraverso l'alleanza con discipline che chiamano in causa e analizzano - anche - la società, la storia e i collettivi umani.

¹ Il concetto di 'agency' merita un breve approfondimento per evitare di essere distorto. Piuttosto che come capacità di azione libera e intenzionale, l'agency va intesa all'interno di quello che Michel Foucault ha definito "il paradosso della soggettivazione": la capacità di azione di un soggetto è possibile e si produce all'interno di specifiche relazioni di potere e subordinazione. "If the ability to effect change in the world and in oneself is historically and culturally specific (both in terms of what constitutes 'change' and the means by which it is effected), then the meaning and sense of agency cannot be fixed in advance, but must emerge through an analysis of the particular concepts that enable specific modes of being, responsibility, and effectivity." (MAHMOOD, 2005, p.14)

La sperimentazione (tras)formativa

A partire dalle considerazioni esposte, il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna ha organizzato, nell'A.A. 2013-14, il corso elettivo² "Salute globale, determinanti sociali e strategie di Primary Health Care", aperto a studenti di tutte le facoltà e improntato al modello dell'"estensione universitaria"³. Con tale termine, mutuato dall'esperienza brasiliana⁴, si fa riferimento a un approccio di formazione e ricerca situato all'interno del contesto di pratiche dei futuri professionisti. La strategia educativa mira a creare uno spazio in cui le attività e il processo di auto e mutuo apprendimento si 'estendono' da un contesto sociale all'altro, sfumando le barriere tra comunità, università e servizi.

² Per corso elettivo si intende un corso opzionale del curriculum accademico degli studenti di medicina. Per gli studenti di altre discipline è previsto il riconoscimento di 3 CFU, a richiesta.

³ Il CSI ha sviluppato progetti di estensione comunitaria nell'area della migrazione e dei gruppi di popolazione con caratteristiche di disagio sociale, in collaborazione con l'Università Federale di Rio Grande do Sul e l'Università Federale di São Paulo; nell'ambito della promozione della salute, in collaborazione con lo Spazio Giovani del Comune di Bologna e numerose scuole superiori della Provincia; sul tema del conflitto di interessi in salute, a livello sia locale che nazionale.

⁴ L'estensione universitaria è una strategia di formazione e ricerca all'interno dello scenario di pratiche in cui i futuri professionisti saranno chiamati a lavorare. La strategia educativa mira a sfumare le barriere tra comunità, servizi sociali e sanitari e Università, creando uno spazio di pratiche in cui le attività si 'estendono' da un contesto sociale all'altro. Il CSI ha sviluppato progetti di estensione comunitaria nell'area della migrazione e dei gruppi di popolazione con caratteristiche di disagio sociale, in collaborazione con l'Università Federale di Rio Grande do Sul e l'Università Federale di São Paulo; nell'ambito della promozione della salute, in collaborazione con lo Spazio Giovani del Comune di Bologna e numerose scuole superiori della Provincia; sul tema del conflitto di interessi in salute, a livello sia locale che nazionale.

Il corso, della durata di dieci settimane con incontri bisettimanali⁵, ha coinvolto cinquanta studenti della Scuola di Medicina e dell'area delle scienze sociali e umane. Accompagnati dalla partecipazione - alla pari - di un docente, quattro tutor (tra cui le autrici e gli autori dell'articolo) hanno ideato, coordinato e seguito le attività formative. Nell'ottica di costruire un linguaggio comune, non vincolato alle specificità disciplinari, la prima parte è stata svolta in aula. L'intento delle lezioni, strutturate in lavori di gruppo su casi di studio rielaborati a partire da esperienze del CSI nel contesto locale, non è stato tanto quello di fissare contenuti teorici, quanto di suscitare domande a partire dai dubbi e dalle criticità emerse dal confronto tra gli studenti.

La seconda parte del corso si è svolta 'sul campo', ovvero nella comunità, dove gli studenti hanno potuto scegliere⁶ di conoscere e partecipare a una tra quattro realtà con le quali il CSI aveva contatti e collaborazioni avviate: un'associazione di contadini che auto-organizza mercati a chilometro zero, un gruppo di 'pratiche corporee' composto da un collettivo di studenti di scienze motorie e da persone senza fissa dimora, un'associazione di donne immigrate residenti in un centro di accoglienza e di volontarie che sperimenta forme di autoreddito attraverso la vendita di abiti usati, e l'equipe di educatori e operatori che gestisce le attività dello stesso centro di accoglienza.

La scelta delle attività è stata dettata dal fatto che tutte condividevano pratiche volte alla sperimentazione e al sostegno di forme individuali e collettive di autodeterminazione dei soggetti partecipanti⁷. Tali realtà

⁵ Le prime quattro settimane sono state di lezioni in aula. Le altre sei di attività sul campo.

⁶ La scelta è stata effuata a partire dal desiderio degli studenti che hanno potuto "isciversi" all'attività che preferivano. Alcuni cambiamenti sono poi stati discussi in aula, per mantenere un equilibrio dal punto di vista disciplinare nelle diverse attività.

⁷ Se per le prime tre attività è esplicita l'autodeterminazione, come

portavano già avanti attività condivise all'interno dello stesso territorio cittadino, con la finalità di creare un contesto comunitario attivo.

L'intento del corso è stato quindi quello di immergere gli studenti in uno spazio di pratiche che permettesse una riflessione esplicita sulle strategie di resilienza come strumenti di promozione della salute.

L'esperienza proposta si discosta dalla tradizionale pratica del tirocinio perché non si prefigura l'obiettivo di offrire contesti applicativi delle conoscenze apprese in aula o sui libri. Al contrario, partendo dal presupposto che conoscenza e apprendimento esistono in quanto forme di relazione e di negoziazione del senso all'interno di contesti socialmente e politicamente specifici (LAVE; WENGER, 2006) essa si fonda sull'assunto che dal campo emergono le sfide teoriche e pratiche su cui riflettere.

Attraverso il supporto di estratti di 'diario collettivo', scritto dagli studenti durante il corso, e dei commenti di valutazione finali, i paragrafi che seguono esplorano il senso e le criticità della sperimentazione, con l'obiettivo di offrire spunti per un ripensamento epistemologico e metodologico del percorso formativo in ambito sanitario verso un superamento di alcuni dualismi che tuttora dominano nel campo delle scienze mediche (teoria/pratica, mente/corpo, salute/malattia).

aspetto centrale dei progetti, nel caso dell'esperienza con l'équipe di educatori e operatori è utile fare una specificazione. Questi erano coinvolti in un percorso di integrazione del centro di accoglienza con realtà e associazioni della comunità, volto a promuovere la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti.

Le implicazioni della (tras)formazione del sapere medico

Estendere l'apprendimento oltre il contesto pedagogico standard, (ri)definire cioè i luoghi al di fuori delle aule universitarie come spazi legittimi di formazione e decentrare la pratica dell'insegnamento/apprendimento dalla figura dell'insegnante/maestro, è un primo passo per una trasformazione epistemologica del sapere medico che porta con sé alcune implicazioni:

Reintrodurre l'incertezza

Nel 'territorio', ovvero al di fuori dello spazio clinico in cui regole e ruoli definiti portano i professionisti a fornire risposte certe in nome delle proprie competenze tecniche, la situazione socio-relazionale si fa più complessa. Si incontrano, infatti, contesti e pratiche in cui i soli strumenti clinici risultano parziali e inadeguati per decifrare ciò che accade e immaginare spazi di azione. L'invito a tornare a un'analisi articolata e complessa dei processi di salute e malattia è spesso vissuto come una regressione, perché comporta la reintroduzione dell'incertezza all'interno del processo di conoscenza e azione (biomedica), modificandone inevitabilmente il potere, i ruoli e le pratiche. Come riporta una studentessa in medicina, l'esperienza sul campo consente di comprendere che, in quanto futuri professionisti, non si è portatori di un sapere "in più" che consente di porsi su un piano diverso dagli altri (siano essi pazienti, altri professionisti, rappresentanti della comunità o cittadini), e in virtù del quale si possono dare indicazioni prescrittive; al contrario, ci si trova spesso nella condizione di condividere i medesimi interrogativi e dubbi, senza la possibilità di rifugiarsi in soluzioni preconfezionate:

[...]Sostanzialmente penso che tutti i nostri dubbi non potranno essere risolti non solo per il poco tempo, ma anche perché sono gli stessi dubbi che affliggono loro. [...] Ammetto che il fatto che loro abbiano i nostri stessi dubbi un po' mi disorienta, perché a questo punto mi chiedo: dove vogliamo andare noi? come vogliamo muoverci?" (studentessa di medicina)

Finché la clinica viene considerata come spazio di unica competenza dei professionisti, all'interno di una gerarchia che vede prevalere la figura del medico e in cui gli altri attori sono esclusi o marginali - a cominciare dal paziente e dal contesto di cui è parte, il processo di cura tende a costituirsi come una forma di subordinazione di alcuni (sprovvisti del 'vero' sapere) rispetto ad altri (detentori della conoscenza scientifica). Ciò ne compromette la stessa efficacia, in quanto preclude la possibilità di condivisione e di messa in gioco delle risorse di tutte le persone coinvolte. (MOL, 2002) Al contrario, considerando tutti i saperi ugualmente legittimi come sguardi su una realtà più ampia e complessa, tutti devono essere interpellati per ricercare soluzioni contestuali, dinamiche e condivise volte a garantire il benessere della persona.

Come sottolinea G. Bertolini, perché questo possa compiersi e trovare piena legittimità

[...] occorre che la medicina scientifica capisca l'utilità e trovi il coraggio (e l'umiltà) di mettersi in discussione dal punto di vista epistemologico, che accetti davvero e fino in fondo la parzialità e la problematicità di ogni conoscenza umana e ammetta esplicitamente nei fatti che la prospettiva bio-medica non esaurisce in sé nemmeno tutti i più importanti aspetti dell'esperienza di malattia. (BERTOLINI; MASSA, 1994, p.50)

La messa in discussione della biomedicina come unico discorso sul corpo e sulla salute socialmente legittimato (in quanto connotato come "scienza"), resa possibile dalla riconfigurazione dei ruoli e delle gerarchie, restituisce soggettività agli attori implicati nel processo di cura. Il paziente non è più oggetto degli interventi sanitari ma agente attivo nella produzione della propria salute/cura, alla pari dei (futuri) professionisti⁸, e questi sono coinvolti nella relazione con l'altro non come riproduttori di procedure tecniche ma come sperimentatori creativi di strategie co-costruite e negoziate, in cui il sapere tecnico-scientifico si affianca e si ibrida agli apporti di altre discipline così come ai saperi laici presenti nella comunità. (FRANCO; MEHRY, 2013)

Rivelare la natura incorporata dei processi sociali

Promuovere e favorire il coinvolgimento degli studenti in diversi contesti di azione comunitaria e lavoro sociale, stimolando un'attitudine problematizzante e autoriflessiva, permette di portare alla luce quei fattori che, in maniera processuale, producono disagio e malattia nell'individuo (determinanti sociali di salute), e che difficilmente emergono nel setting clinico o formativo tradizionale.

Come molti studi di antropologia medica hanno messo in luce (CSORDAS, 1994; QUARANTA, 2006), l'origine sociale e politica della sofferenza, così come di ogni altra forma di espressione culturale, è da rintracciarsi primariamente in un piano incorporato, piuttosto che simbolico-rappresentativo.

⁸ Con questa espressione, che tornerà anche in seguito nel testo, si fa riferimento al fatto che le considerazioni presentate, benché sviluppate a partire da un'esperienza condotta con studenti dei corsi di laurea, trovano risponderne con esperienze di formazione professionale "on the job" e si prestano pertanto a un'estensione anche a tale ambito.

Si esprime cioè nei comportamenti, nei modi di fare e di percepire il mondo circostante.

Questo aspetto è fondamentale innanzitutto per comprendere la complessità dell'intreccio tra contesto sociale e processi di salute e malattia, uscendo dalla semplicistica visione dei determinanti come 'fattori di rischio' stratificati su stili di vita individuali e caratteristiche personologiche.

Esponendo il ruolo 'attivo' del contesto sociale e le relative implicazioni, tale lettura consente di chiamare in causa anche le responsabilità collettive e politiche, cosa che all'interno del modello biomedico dominante non avviene. Come afferma A. Stefanini:

Un modello di questo tipo (bioriduzionista) fa sì che i determinanti sociali e strutturali delle malattie possono tacitamente essere ignorati. Così la tubercolosi non nasce dalla malnutrizione e dall'insalubrità e sovraffollamento abitativo ma semplicemente del micobatterio di Koch; il cancro non proviene da un modo di produzione che socializza il rischio e privatizza il profitto ma da una specifica sostanza cancerogena o da uno stile di vita malsano di cui il soggetto è l'unico responsabile. In questo modo lo sguardo dello studente non si spingerà lungo la catena eziologica che dal malato arriva, a monte, fino alle 'cause delle cause' della sua condizione all'interno del sistema sociale, svelandone le responsabilità, ma si fermerà ben prima di doverlo mettere in discussione. (STEFANINI, 2014, internet)

Inoltre, riconoscere la natura incorporata dei processi sociali attraverso l'esposizione agli spazi comunitari, dove le persone sono immerse nelle proprie pratiche quotidiane, aiuta i (futuri) professionisti a concepire la relazione terapeutica in una forma sempre meno rescrittiva e individualizzante, centrata sulla modifica del comportamento e dello stile di vita individuale (approccio che spesso si rivela inefficace poiché svincola la condizione del soggetto dal contesto di vita micro e macro-sociale). (MULVIHILL; QUIGLEY, 2003; LYNCH; KAPLAN; SALONEN, 1997; RAPHAEL, 2002)

Durante il corso, questo aspetto formativo è emerso al passaggio dalle lezioni in aula all'esperienza sul campo. Durante il confronto in aula, riflettendo sulle possibili strategie terapeutiche da adottare nei confronti di un paziente residente nel centro di accoglienza e affetto da diabete, gli interventi prospettati erano volti alla modifica del comportamento alimentare e dell'attività motoria, senza tenere in considerazione le possibilità offerte dal contesto, la storia di vita e i desideri del soggetto. Il contatto diretto sul campo, l'implicazione nella relazione e il confronto con i diversi attori ha permesso di sviluppare una riflessione articolata sull'impatto delle condizioni di vita e di lavoro sulle persone, e la necessità di tenerne conto ponendosi su un piano co-costruttivo e negoziale anziché colpevolizzante e normativo.

Infine, l'esperienza sul campo non svela solo i processi in cui l'altro ('il paziente', 'l'utente') è inserito, ma coinvolge l'intera persona in una relazione con la comunità, con le istituzioni, con le dinamiche organizzative e le scelte politico economiche all'interno delle quali si colloca il proprio operato, stimolando la presa di coscienza e il senso di responsabilità sociale:

[...] Io sono stato prevalentemente a contatto con gli operatori, in portineria e in mensa. Ciò che più mi ha colpito è il rapporto operatore-ospite. Ho visto la figura dell'operatore come schiacciata, tra le disposizioni provenienti dall'alto e le esigenze degli ospiti della struttura. La loro azione si risolve sempre come un compromesso: "la meno peggio". I continui tagli hanno ridotto sia il numero di posti letto disponibili, sia il numero degli operatori stessi, per cui l'intera struttura deve far fronte a una domanda invariata, se non in aumento, con meno risorse disponibili. E l'operatore è una figura che ha a disposizione solo se stesso per confrontarsi sia con gli ospiti, che con le istituzioni. (studente di medicina)

Nello spazio della cura e delle pratiche di assistenza, la rilettura dei determinanti di salute e malattia come forme sociali incorporate si traduce necessariamente in un processo co-costruito volto alla trasformazione del contesto che produce la sofferenza, attraverso la sperimentazione di strategie sempre nuove poiché situate e negoziate con gli attori coinvolti.

Riconoscere il proprio posizionamento e la natura complessa (diseguale) e conflittuale del mondo sociale.

La prospettata - e sperimentata - riconfigurazione della pratica formativa e dunque terapeutica, aumentando la complessità nello spazio di azione dell'operatore (o, meglio, consentendo alla complessità 'del reale' di manifestarsi al netto delle riduzioni tecnicistiche), produce inizialmente un senso di impotenza e frustrazione. Questo perché, come emerge dalle parole di una studentessa, fuoriuscire dai propri confini (di relazioni, spazi e saperi noti) crea disagio e paura:

[...] Nell'intraprendere questa esperienza qualcuno di noi si è chiesto se in essa potesse ricercarsi una risposta a come un semplice cittadino (prima ancora di identificarsi in un aspirante medico, operatore sociale o studente universitario) possa approcciarsi in modo costruttivo alla realtà che vivono le persone senza tetto [...] per creare un punto di contatto fra quelli che sembrano essere due mondi paralleli (inclusi ed esclusi della/dalla società), [...] Questo forse accade perché non conosciamo minimamente la realtà con cui ci confrontiamo, si innesca la paura dell'altro, e perciò siamo portati ad allontanarla da noi, spesso rifuggendo qualsiasi presa di posizione che vada oltre al sentimento di compassione o al senso di colpa nei confronti della propria impotenza. (studentessa di medicina)

Tali sensazioni di spaesamento e disagio sono il punto di partenza. Emergono dalla comprensione che lo spazio sociale e politico in cui si è inseriti e si agisce è strutturato su profonde disuguaglianze rispetto alle quali non è possibile

dirsi neutrali, ma d'altro canto non si sa come agire. Si tratta di una condizione assai diversa da quella che si verifica nel contesto clinico, in cui lo spazio negato al vissuto e alla storia del paziente è riempito dal corpo biologico oggettivato e descritto dallo sguardo del professionista, al netto delle implicazioni socio-economiche e politiche che plasmano i contesti di vita.

La formazione sul campo, attraverso l'immersione nella comunità guidata e facilitata da pratiche autoriflessive e integrata con il costante confronto interdisciplinare, aiuta a trasformare la paura e la frustrazione in un senso di responsabilità rispetto al contesto di cui si è parte:

[...] Il primo collegamento che mi si è creato in testa è stato: le condizioni di vita (e quindi di salute) di queste particolari persone (contadini-produttori, persone alla ricerca di cibo-servizi e/o spazi di aggregazione possibili) senza le possibilità che si sono create grazie all'esperienza Campi Aperti (e alle realtà che l'hanno generata) quali sarebbero state? Erano presenti alternative altrettanto valide ed efficaci per la loro particolare situazione, create a livello istituzionale? La risposta ovviamente è stata no... e qui mi sono collegato ai determinanti sociali di salute [...] avere una scelta, avere delle conoscenze e prendersi delle responsabilità credo influenzi parecchio la salute, soprattutto se si pensa al benessere e all'autodeterminazione personale piuttosto che alla mera assenza di patologia. (studente di infermieristica)

Come emerge dal racconto, la presa di coscienza degli effetti che le politiche macroeconomiche hanno sul quotidiano di vita delle persone, in questo caso sul lavoro e la sussistenza dei contadini, aiuta a capire dove posizionarsi

come professionisti orientati alla promozione della salute, delegittimando (non contribuendo alla riproduzione di) quelle dinamiche sociali che producono forme di oppressione e sofferenza.

Partecipazione e pratiche autoriflessive come forme di apprendimento

[...] Devo essere sincero, non mi veniva di fare grandi discorsi 'da ricercatore' con le persone presenti ai banchetti... viene più voglia di 'curiosare' fra i prodotti e di sentire come i produttori riescono a lavorare e se sono contenti di quello che fanno [...] ci si rende conto che facendo le domande giuste si può facilmente entrare e toccare con mano quello che c'è davvero alla base del vivere in comunità. (studente di infermieristica)

Nella sperimentazione (tras)formativa fuori dalle aule universitarie, l'elemento della partecipazione è emerso come risorsa primaria di apprendimento e, dunque, come principale strumento pedagogico.

Nella prospettiva di Lave e Wenger (2002) l'apprendimento è parte integrante della pratica sociale. Ciò significa innanzitutto che l'apprendimento non è un genere di attività ma un aspetto di tutte le attività, poiché è indipendente dalle forme di insegnamento intenzionale⁹.

⁹ Lave e Wenger distinguono infatti tra apprendimento e insegnamento intenzionale, affermando che "tale distinzione non intende negare che l'apprendimento possa avere luogo dove c'è insegnamento, ma non considera l'insegnamento intenzionale in sé e per sé come la fonte o la causa dell'apprendimento." (2006, p.27)

In questa prospettiva, la realtà sociale in cui l'esperienza si inserisce diventa il locus in cui si strutturano le opportunità di apprendimento: nelle pratiche di lavoro, nelle forme di circolazione delle conoscenze, nelle relazioni economiche e di potere tra i soggetti implicati, e tra questi e il contesto di azione.

Inoltre, come aspetto della pratica sociale, l'apprendimento riguarda solo parzialmente l'acquisizione di nozioni, compiti e funzioni. Questi infatti "...non esistono isolatamente ma sono parte di sistemi di relazioni più ampi in cui hanno significato." (LAVE; WENGER, 2002, p.35) L'apprendimento coinvolge l'intera persona con e all'interno di una rete di relazioni, di comunità sociali, e "implica quindi il divenire una persona diversa in relazione alle possibilità aperte da questi sistemi di relazioni." (LAVE; WENGER, 2002, p.35)

La partecipazione a una comunità di pratica, il farne parte e sentirsi in questa 'implicati', è stato uno degli aspetti formativi maggiormente messi in risalto dagli studenti nei commenti di fine corso:

[...] È stata un'esperienza molto densa di emozioni, mi sono sentita parte di una collettività alla quale ho dato una mano ed è stata una cosa molto più che gratificante.

[...] Mi sono sentita bene durante questa esperienza. Le attività hanno consentito di poter partecipare. È stato un sentirsi responsabile di qualcosa e costruire qualcosa durante i vari passi dello sviluppo.

La maggior parte delle valutazioni finali¹⁰, condivise in

¹⁰ Il corso non prevedeva un'esame di profitto finale. E' stato organizzato un pomeriggio di restituzione delle esperienze di campo, da parte dei quattro gruppi di studenti, e di valutazione partecipata del corso attraverso metodologie interattive e discussione finale.

forma scritta e poi discusse oralmente in aula, riguardavano non tanto l'acquisizione di nuove conoscenze in forma cumulativa, quanto l'aver vissuto e 'toccato con mano' la complessità dei contesti sociali, dunque relazionali, nei quali i processi di salute e malattia si producono, e l'aver sperimentato le possibilità sempre aperte di azione e trasformazione dei contesti stessi da parte dei soggetti coinvolti:

[...] Il corso è stato utile per evidenziare le criticità della pratica quotidiana di relazioni che determinano la salute. L'esperienza di campo ha un ruolo importante nell'aiutare una profonda comprensione teorica.

[...] Esperienza di vita che fa comprendere quanto è complesso il mondo, e per questo ci si deve muovere con una visione aperta e dinamica attraverso le diverse realtà.

[...] Corso utile per ampliare il punto di vista dello studente di medicina spesso troppo concentrato sulla biologia/chimica/corpo e non sulla vita sociale/interazioni/possibilità del paziente che ricerca la propria salute.

[...] Ho capito l'importanza dell'individuo nell'influenzare l'ambiente circostante, non siamo solo soggetti passivi.

[...] Il senso di impotenza è forte: osservare senza poter agire crea quasi un senso di frustrazione, mentre entrare in una rete organizzata compiendo anche solo piccole azioni permette di sentirsi parte dell'organizzazione stessa.

Conclusioni

L'intento del corso è stato quello di implicare gli studenti in diversi spazi di azione comunitaria e lavoro sociale, facilitando una pratica problematizzante e autoriflessiva all'interno del contesto nel quale i processi di salute e malattia si producono. L'apprendimento sul campo ha suscitato partecipazione e interesse poiché ha coinvolto direttamente i soggetti all'interno dei problemi concreti del quotidiano professionale e sociale. La discussione o l'osservazione di eventi che hanno realmente causato difficoltà ai professionisti, agli operatori sociali o ai volontari ha reso possibile il protagonismo dei soggetti dell'apprendimento e li ha stimolati alla riflessione rispetto alle azioni che producono salute all'interno dei rispettivi contesti comunitari, permettendo l'acquisizione di conoscenze 'significative' e l'elaborazione di nuove modalità di lavoro e di pratica.

Lo scollamento tra teoria e pratica, comprensione e applicazione, e la frammentazione dei saperi attraverso l'acquisizione nozionistica aliena al contesto di esperienza, così come avviene oggi nella maggioranza dei corsi universitari (non solo delle discipline medico-sanitarie), portano gli studenti ad acquisire saperi tecnici, lontani dai bisogni della comunità poiché non contestualizzati in uno spazio di azione.

Nel percorso di formazione di futuri professionisti, il sentirsi attivi e coinvolti in tale comunità è invece un aspetto fondamentale che tiene aperte le possibilità di sperimentare forme di relazione e di lavoro sociale sempre nuove, poiché costruite e negoziate con gli attori di quel contesto e, nel lungo periodo, porta a evitare la riproduzione di forme di organizzazione e relazione (e, dunque, di potere) dominanti che sono parte dei processi sociali che producono sofferenza e malattia.

Tali considerazioni appaiono particolarmente rilevanti alla luce delle trasformazioni in corso all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, che mirano a superare la tradizionale suddivisione, basata su livelli di complessità crescente, per adottare una configurazione in reti orizzontali e integrate di assistenza socio-sanitaria coordinate dal sistema delle cure primarie. (BRAMBILLA; BOTTURI, 2014) È evidente che un tale assetto organizzativo, allineato ai modelli di primary health care comprensiva e orientata alla comunità, necessita di cambiamenti strutturali e culturali che devono radicarsi in un diverso approccio alla formazione. (STARFIELD, 1994) Servono infatti operatori capaci di lavorare in equipe multi-professionali, di interagire con i diversi soggetti sociali e con le risorse delle comunità, di cooperare al fine di trovare strategie di presa in carico e di promozione della salute articolate e adatte ai contesti, di analizzare e interpretare criticamente le situazioni, il proprio ruolo e le responsabilità implicate. E, soprattutto, in grado di apprendere creativamente dall'esperienza, facendo del quotidiano professionale un terreno di scambio e continua rimodulazione dei servizi volto a una reale promozione di benessere e di equità.

Bibliografia

BASAGLIA, F.O. **Salute/Malattia. Le parole della medicina.** Merano: Edizioni alpha beta Verlag, 2012.

BERTOLINI, G. **Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico,** Verona: Edizioni Angelo Guerini e Associati, 1994.

BERTOLINI, G.; MASSA, R. **Clinica della formazione medica.** Milano: Franco Angeli Editore, 1997.

BRAMBILLA, A.; BOTTURI, D. Assistenza primaria in Europa. **Saluteinternazionale.info**, 25 giugno 2014.

CSORDAS, T.J. **Embodiment and experience. The existential ground of culture and self.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994

FARMER, P. On suffering and structural violence. Social and economic rights in the global era. In: FARMER, P. **Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor.** London: University of California Press, Berkeley, Los Angeles, 2003.

FRANCO, T.B.; MEHRY, E.E. **Trabalho, producao do cuidado e subjetividade em saude.** São Paulo: Hucitec, 2013.

KRIEGER, N. **Epidemiology and The People's Health: Theory and Context.** New York: Oxford University Press, 2011.

LAVE, J.; WENGER, E. **L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali.** Trento: Erickson, 2006.

LYNCH, J.W.; KAPLAN, G.A.; SALONEN, J.T. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. **Social Science and Medicine**, v. 44, p. 809–819, 1997.

MACCACARO, G.A. **Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976.** Milano: Feltrinelli, 1979.

MAHMOOD, S. **Politics of Piety: the Islamic Revival and the Feminist Subject.** Oxford: University Press. Princeton, 2005.

MARMOT, M. **Fair Society, Healthy Lives.** London: The Marmot review, 2010.

MOL, A.M. **The body multiple: ontology in medical practice.** Durham and London: Duke University Press, 2002.

MULVIHILL, C.; QUIGLEY, R. **The management of obesity and overweight, an analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches.** London: Health Development Agency, 2003.

NAPIER, D. **The Lancet commission on Culture and Health.** 2014.

QUARANTA, I. **Antropologia medica, i testi fondamentali.** Milano: Raffaello Cortina, 2006.

_____. **Malati fuori luogo.** Milano: Raffaello Cortina, 2012.

RAPHAEL, D. **Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors—Not Lifestyles—Are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere.** Toronto: CSJ Foundation for Research and Education, 2002.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p.1129-33, 1994.

STEFANINI, A. Capovolgere la facoltà di medicina? L'eredità di Giulio A. Maccacaro. **Saluteinternazionale.info**, 22 Aprile 2014.

WHO. **The World Health Report 2008**: Primary Health Care Now More Than Ever. World Health Organization, 2008.

SUI CURATORI

Túlio Batista Franco: Professore Associato all'Università Federale Fluminense di cui attualmente occupa l'incarico di Pro-Rettore alle Risorse Umane. Possiede un dottorato di ricerca in Salute Collettiva ed un Post-doc in scienze della salute ottenuto presso l'Università di Bologna. **E-mail**: tuliofranco@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim: É sanitarista (Specialista presso la Escola Nacional de Saúde Pública), ha conseguito un Master in Educazione (Programa de Pós-Graduação em Educação, UFRGS), un Dottorato di ricerca in Psicologia (Processos de singularização na clínica e na cultura, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e un post-doc in Antropologia Medica (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). Attualmente é Professore Ordinario di Salute Collettiva (Departamento de Assistência e Orientação Profissional, UFRGS). Dal 2005 conduce il Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde. **E-mail**: ricardo@ceccim.com.br

SUGLI AUTORI

Francesco Sintoni: Medico, specialista in Medicina di Famiglia e Comunità, attualmente frequenta il quarto anno della scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bologna Dal 2010 collabora con il CSI, interessandosi principalmente di diseguaglianze in salute e di strategie per lo sviluppo di sistemi sanitari basati sulla Primary Health Care. **E-mail:** sintofra@gmail.com

Brigida Lilia Marta: medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università di Bologna. Dal 2008 collabora con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, principalmente nell'area della ricerca-formazione-intervento in Primary Health Care, Salute Collettiva e Strategie di Cooperazione Internazionale. Dal 2016 collabora inoltre con la Health Authority della Repubblica di San Marino. **E-mail:** brigidalilia.marta@gmail.com

Sara Bontempo Scavo: laureata in Infermieristica nel 2015, è attualmente all'ultimo anno della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. **E-mail:** sara.bontemposcavo@gmail.com

Ardigò Martino: Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Phd in Cooperazione internazionale e sviluppo sostenibile, è ricercatore a tempo determinato presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna. **E-mail:** ardigio.martino@unibo.it

Chiara Francesca Bodini: Medico, specializzata in malattie infettive e in sanità pubblica, collabora con il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna dalla sua fondazione. Ha preso parte a progetti di cooperazione internazionale in Africa Sub Sahariana e in Medio Oriente; in Italia si occupa di salute globale, salute e migrazione, formazione medica. Fa parte della rete globale del People's Health Movement (PHM), ed è attualmente impegnata in una ricerca-azione partecipata su movimenti sociali e salute. **E-mail:** chiarabodini@hotmail.com

Cristian Guimarães: Psicologo, Dottorato in Psicologia Sociale e Istituzionale presso la UFRGS, Mester in Salute Collettiva presso la Unisinos. **E-mail:** crisfabianog@gmail.com

Luciano Bezerra Gomes: Medico, specialista in Medicina Preventiva e Sociale presso l'Università Federale della Paraíba, ha conseguito un Master ed un Dottorato di ricerca nel programma "Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)". E' professore associato presso il Dipartimento di Promozione della Salute del Centro di Scienze Mediche dell'Università Federale della Paraíba. **E-mail:** lucianobgomes@gmail.com

Martina Riccio: Laureata nel 2011 in Antropologia culturale ed Etnologia presso l'Università di Bologna con una ricerca etnografica sulla produzione sociale della diagnosi di Iperattività e Deficit di Attenzione (ADHD) nell'infanzia e adolescenza. Nel 2016 ha concluso il dottorato di ricerca nello stesso Ateneo con una tesi dal titolo "Dis-fare la disabilità infantile: le pratiche lavorative di operatrici e operatori dei servizi, e il ruolo della ricerca". Dal 2012 collabora stabilmente con il Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI). **E-mail:** martina.riccio1987@gmail.com

Nadia Maranini: Laureata nel 2009 in Antropologia Culturale ed Etnologia presso l'Università di Bologna. Ha condotto la sua tesi di laurea specialistica sul tema della costruzione sociale del disagio psichico. Oltre alla formazione accademica ha approfondito nel tempo temi come quelli dell'etnopsichiatria (Corso di formazione presso Fondazione Andolfi di Roma) e della Salute Collettiva e della Salute Globale (seminari e corsi di formazione presso il Centro di Salute di Salute Internazionale dell'Università di Bologna e il People Health Movement). Dal 2009 collabora con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna. **E-mail:** nadiamaranini@gmail.com

Marianna Parisotto: Medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, parte del CSI dal 2010. Svolge principalmente attività di ricerca-azione in salute con particolare attenzione ai processi di partecipazione comunitaria e alla relazione tra movimenti sociali e salute. È parte del People's Health Movement e della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG). **E-mail:** lamari@inventati.org

Angelo Lorusso: medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università di Bologna, collabora con il CSI dal 2010 interessandosi principalmente di Peer-education in salute, diseguaglianze in salute e promozione della salute. **E-mail:** a.lorusso81@gmail.com

Alice Fabbri: Medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica, e' attualmente dottoranda di ricerca. Dal 2008 e' impegnata in attività di ricerca e formazione sul tema del conflitto d'interessi in salute. **Email:** alealifab@gmail.com

Maria Augusta Nicoli: Medico, specializzato in Psichiatria a Bologna, ha conseguito un Dottorato di ricerca in Psicologia Sociale. Già direttore dell'istituzione Gian Franco Minguzzi Provincia di Bologna. Dal 2001 lavora all'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. **E-mail:** anicoli@regione.emilia-romagna.it

Fabrizia Paltrinieri: Sociologa, laureata in Scienze Politiche indirizzo Politico Sociale all'Università di Bologna, specializzata in Sociologia dei conflitti presso l'EHESS Ecole des hautes études en Sciences Sociales di Parigi. Dal 2010 collabora con la Regione Emilia-Romagna in Agenzia sanitaria e sociale regionale e, attualmente, presso il Servizio coordinamento politiche sociali. **E-mail:** FPaltrinieri@regione.emilia-romagna.it

Alcindo Antônio Ferla: Dottorato in Educazione. Professore del corso di Laurea in Salute Collettiva dell'Università Federale del Rio Grande do Sul e del programma post-laurea in Salute Collettiva – PPGCOL/UFRGS. E' coordinatore del CoorSaúde/ UFRGS. **Email:** ferlaalcindo@gmail.com



Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional/ Serie Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

**Saúde Global: Perspectiva comparada Brasil e Itália -
Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò
Martino.**

**Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia –
A cura di: Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino.**

**Problematizando epistemologias na Saúde Coletiva: saberes
da cooperação Brasil e Itália - Organizadores: Emerson Merhy,
Angelo Stefanini, Ardigò Martino.**

**Problematizzando epistemologie in Salute Collettiva: saperi
dalla cooperazione Brasile e Italia – A cura di: Emerson Merhy,
Angelo Stefanini, Ardigò Martino.**

**Práticas em saúde global: ações compartilhadas entre Brasil e
Italia - Organizadores: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim.**

**Pratiche in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia – A
cura di: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim.**



www.redeunida.org.br