

LA TRANSDISCIPLINARIETÀ COME CHIAVE DI INTEGRAZIONE PER UN MONDO ACCESSIBILE

Dott.ssa Bice Previtiera

Dirigente medico
Dipartimento di Prevenzione
ASUR Marche – Zona Territoriale n. 7 Ancona

PAROLE CHIAVE:

Strategia, organizzazione, integrazione, modello a rete, transdisciplinarietà.

ABSTRACT

La complessità realizzativa di un progetto per l'evoluzione del sistema sanitario richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso un modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli socio-istituzionali, a supporto della strategia delle Regioni, orientata a realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza.

La disponibilità di sistemi integrati e cooperativi consente lo sviluppo di forme di aggregazione di utenti coinvolti in specifiche aree tematiche, le *e-communities*.

La volontà di creare una Cabina di regia dedicata all'Integrazione Ospedale-Territorio conferma la visione strategica di un'ottica di rete globale, in linea con il concetto di "valori estesi".

La "società estesa" potrà costituire il reale passaggio dalla società industriale alla società digitale solo se sarà in grado di determinare un'organizzazione sociale centrata sulla valorizzazione delle scelte e sulla diffusione della conoscenza (*knowledge society*).

L'estrema complessità creata dall'evoluzione tecnologica, economica e sociale in corso indica una "terza" e nuova dimensione della catena del valore aziendale: quella del "valore" o meglio dei "valori estesi", la cui condivisione e riconfigurazione in una logica di matrice istituzionale diviene fondamentale per la creazione del valore aggiunto sociale all'interno di una nuova "catena del valore estesa", che supera i "confini" tradizionali esistenti tra mondo aziendale, mondo individuale, mondo sociale e mondo istituzionale.

A tal fine è necessario giungere alla "transdisciplinarietà", caratterizzata dall'arricchimento grazie al metodo della condivisione, all'uso di un linguaggio comune, all'apertura mentale, all'ottica di rete.

E' questo il mezzo attraverso il quale si può andare oltre le barriere e quindi raggiungere il traguardo di un mondo accessibile.

CONTESTO

La complessità delle organizzazioni sanitarie non si esprime in una filosofia, ma nella realtà quotidiana vissuta da chi dirige e opera nei servizi sanitari.

La consapevolezza della complessità, la sua percezione e razionalizzazione rappresentano un valore aggiunto per il *management* della sanità, così come per l'assistenza sociale e socio-sanitaria e per la medicina tutta.

La complessità realizzativa di un progetto per l'evoluzione del sistema sanitario richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso un modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli socio-istituzionali, a supporto della strategia delle Regioni, orientata a realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza.

Disabilità

Le dimensioni della disabilità - menomazioni, limitazioni delle attività e restrizioni nella partecipazione – sono esiti di un'interazione fra la condizione di salute e l'ambiente complessivo. La natura dell'interazione è differente in ciascun caso: le menomazioni sono primariamente il prodotto di caratteristiche fisiche del corpo della persona, mentre le restrizioni nella partecipazione sono principalmente il risultato di barriere ambientali. Così, nel modello utilizzato nell'ICF, vi è una integrazione degli aspetti psicologici, pur venendo preservate sia la prospettiva medica che quella sociale. Ciò che è importante vedere a questo punto è che si passa dal modello medico lineare dell'ICDH al modello molto più complesso dell'ICF, che incorpora le prospettive medica, psichica e sociale (modello biopsicosociale). Nella versione ICF "disabilità" si connota

non come un termine, ma come un concetto che comprende menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della (alla) partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una determinata condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali). Tutti gli esseri umani hanno una condizione di salute che, se vissuta in un ambiente sfavorevole, diventa causa di discriminazione e, quindi, disabilità. Quando una persona, che presenta un'alterazione dei livelli funzionali o strutturali del proprio corpo, interagisce con un ambiente ostile e/o indifferente vive una perdita o una limitazione dei propri livelli di attività e di partecipazione ai contesti di vita. L'ambiente si definisce "ostile" quando sono presenti barriere fisiche, sociali e culturali e si definisce "indifferente" quando è privo di facilitatori. In questa circostanza, quindi, la persona vive una condizione di disabilità.

Barriere

Secondo il modello proposto dalle due classificazioni dell'OMS (ICF e ICF-CY) le "barriere" sono "fattori nell'ambiente di una persona che, mediante la loro presenza o la loro assenza, limitano il funzionamento e creano disabilità. Essi includono aspetti come un ambiente fisico inaccessibile, la mancanza di tecnologia d'assistenza rilevante e gli atteggiamenti negativi delle persone verso la disabilità e anche servizi, sistemi e politiche inesistenti o che ostacolano il coinvolgimento delle persone con una condizione di salute in tutte le aree di vita". Si rilevano quindi non solo barriere architettoniche, su cui si effettuerà di seguito un approfondimento, ma anche generali, che investono sfere ben più complesse di quella urbanistica.

Per barriere architettoniche si intendono:

- gli ostacoli fisici che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque e in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea;
- la mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.

Le barriere architettoniche possono essere fonte di:

- danno alla salute della persona con disabilità (affaticamento, pericolo, lesioni, etc.);
- danno esistenziale, in quanto rappresentano tutti gli impedimenti che la persona subisce sul piano delle attività della vita quotidiana, attraverso le quali persegue il proprio sviluppo individuale e, quindi, si configurano come situazioni ambientali che interagiscono negativamente con i diritti della persona e con il suo patrimonio;
- danno sociale: incidono sul diritto ad un pieno inserimento sociale, che ha come condizione la possibilità per la persona con disabilità di accedere, in autonomia e sicurezza, dove meglio crede in base alle necessità, agli interessi, alle aspirazioni.

Facilitatori

Sempre secondo il modello proposto dalle due classificazioni dell'OMS (ICF e ICF-CY), i "facilitatori" sono "dei fattori che, mediante la loro assenza o presenza, migliorano il funzionamento e riducono la disabilità". Essi includono aspetti come un ambiente fisico accessibile, la disponibilità di una rilevante tecnologia di assistenza o di ausili e gli atteggiamenti positivi delle persone verso la disabilità e includono anche servizi, sistemi e politiche che sono rivolti ad incrementare il coinvolgimento di tutte le persone con una condizione di salute in tutte le aree di vita. L'assenza di un fattore può anche essere facilitante, come ad esempio l'assenza di stigmatizzazione o di atteggiamenti negativi. I facilitatori possono evitare che una menomazione o una limitazione dell'attività divengano una restrizione della partecipazione, dato che migliorano la *performance* di un'azione, nonostante il problema di capacità della persona.

Disabile anziano, anziano disabile

Il tema (o problema) relativo al disabile anziano, che fino a qualche tempo fa non era al centro dell'attenzione, è invece ora sempre più presente. Le malattie neurologiche nel loro insieme determinano il numero più elevato di disabili al mondo, ma di ciò non vi è ancora un'adeguata consapevolezza e tale fenomeno non viene compreso nella sua reale portata. Tali malattie sono in continuo aumento in una popolazione che, grazie al continuo allungamento della prospettiva di vita, si avvia verso un progressivo ed inesorabile invecchiamento. La disabilità secondaria a patologie neurologiche risulta quindi particolarmente frequente negli anziani ed essi rappresentano i maggiori fruitori delle risorse sanitarie (Caltagirone, 2010).

Modello multidimensionale dei livelli di realtà osservati scientificamente

Esso assume come punto fondamentale il “paradigma connessionista”: passando da sistemi meno complessi a sistemi sempre più complessi, è indispensabile disporre di strumenti adeguati alla crescente complessità, ricordando che “il tutto è qualcosa di più della somma delle parti”.

Si pensi a cinque livelli concentrici di realtà.

All'interno c'è la sfera inorganica (I), compresa in una sfera organica (II).

Una parte dell'organico sviluppa – dal linguaggio all'espressione artistica – l'espressione di una componente che è la sfera simbolica (III), per la coscienza.

Se consideriamo le società umane composte da persone (non solo individui, poiché anche una tribù di formiche è costituita di individui), più persone sono connesse fra loro per formare una società (IV). Le scienze sociali studiano tali connessioni.

Tutti i vari livelli sono inseriti nell'ambiente (V).

L'osservatore scientifico sta al di fuori, ma è inserito anch'egli come oggetto di studio nella realtà.

Nel nostro caso, le tappe sequenziali saranno le seguenti:

- Individuare le componenti delle cinque dimensioni
- Selezionare e chiamare esperti dei singoli settori
- Vedere come le proprietà di un livello (dimensione) interagiscono e quindi si connettono con gli altri livelli
- Mettere a punto un quadro delle correlazioni.

E' importante guardare globalmente il tutto, con una connessione trasversale che attraversi tutte le dimensioni (Giarelli, 2003).

Transdisciplinarietà

Si arriva quindi al concetto di “transdisciplinarietà”, da raggiungere come traguardo.

Essa è contraddistinta dalle seguenti caratteristiche:

- supera la “interdisciplinarietà” – la quale prevede di affrontare insieme varie tematiche intorno al medesimo tavolo, ma solo mettendo a disposizione le proprie conoscenze e competenze, cosicché quando si termina di lavorare insieme si rimane con diverse discipline e differenti linguaggi –;
- consente di parlare un linguaggio condiviso, unitario, frutto della crescita del gruppo che lavora in rete, avendo trovato il “tessuto connettivo” fra le diverse componenti.

Per comprenderne il significato, pensiamo di sederci intorno a un tavolo, ognuno con la propria competenza; se realmente si svolge uno scambio di esperienze, ci si alza da quel tavolo arricchiti grazie ai contenuti portati da tutti gli altri partecipanti (Previtera, 2009).

Essa è alla base del *cooperative learning*.

L'ICF e l'integrazione socio sanitaria

L'ICF è basato sul valore dell'inclusione e su un modello universale di disabilità. Esso rigetta la visione secondo la quale la disabilità è una caratteristica distintiva di un gruppo minoritario separato di persone. La salute è l'abilità di vivere la vita in tutto il suo potenziale. Adottando l'ICF come base per le loro politiche e la loro cornice legale, i Paesi quindi sottoscrivono una visione della salute inclusiva, equa e umanistica. Essi accettano il diritto dei disabili ad essere una parte naturale della società.

Il modello a rete e le relazioni

La complessità realizzativa di un progetto per l'evoluzione del sistema sanitario - abbiamo detto - richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso un modello di riferimento, condiviso tra tutti gli

attori coinvolti ai vari livelli socio-istituzionali. Porre la continuità dell'assistenza come traguardo, infatti, rimette al centro dell'attenzione i problemi di assetto istituzionale, di carattere organizzativo, di rilevanza normativa e contrattuale, di formazione e aggiornamento professionale: essa è l'espressione più concreta e tangibile di capacità del SSN. Il modello a rete è stato scelto per raggiungere tale obiettivo.

E' fondamentale considerare la struttura anatomica della rete uguale ai nodi, che sono però tenuti insieme dalle relazioni, ovvero la trama. A seconda di come queste sono impostate, la rete cambia radicalmente. E' quindi importante il modo di porsi, per ottenere il collegamento e la integrazione fra i vari componenti del sistema.

La Cabina di regia "Integrazione Ospedale-Territorio"

Lo strumento scelto per raggiungere gli obiettivi individuati è un sistema a rete, rappresentato da una "cabina di regia" creata *ad hoc* e denominata Cabina di regia "Integrazione Ospedale-Territorio".

Essa rappresenta una rete non di tipo operativo, bensì di natura progettuale: si pone infatti come rete iniziale di progetto che ha come *outcome* proprio un modello di erogazione di servizi.

E' una rete fra piccoli gruppi omogenei per composizione, denominati "Gruppi di progetto", che costituiscono i singoli nodi della rete; al loro interno, vi può essere una ulteriore suddivisione, per tipologia di argomento trattato (ad esempio, la comunicazione e i sistemi informativi). E' necessario comprendere le relazioni fra i nodi. Si considera di rilievo strategico una delle peculiarità dello strumento in esame, consistente in una rete "aperta", con nodi anche al di fuori del territorio regionale, proprio per dare un respiro più ampio a temi di interesse nazionale e internazionale.

Il perseguimento di una migliore QUALITÀ delle attività socio-sanitarie, tramite un migliore loro COORDINAMENTO; lo scambio/sviluppo/diffusione di CONOSCENZE scientifiche; il perseguimento di ECONOMIE DI SCALA; la progettazione e lo sviluppo congiunto di NUOVI SERVIZI rappresentano il traguardo intermedio perché i singoli *output* conducano all'*outcome* finale, ovvero garantire l'accessibilità in continuità dei percorsi di prevenzione, diagnostici, assistenziali, di monitoraggio e riabilitativi per il cittadino, offrendo alla Regione gli strumenti per la definizione di decreti e linee guida tesi a rendere omogenei sul territorio i risultati emersi.

DISCUSSIONE

Che cos'è la società umana? La maggior parte delle teorie sociologiche odierne ritiene che l'interrogativo sia da relegare al regno di una "metafisica" o di "grandi narrazioni" irrimediabilmente perdute. La società attuale sarebbe una sorta di "sospensione" tra un passato che non esiste più e un futuro che non può cominciare. Davvero la società umana è qualcosa che non ci appartiene più? Perché mai, allora, l'uomo continua a combattere per essa? Certamente, quanto più la modernità procede, tanto meno diventa probabile avere una società umana data per scontata. Si può tuttavia ragionevolmente pensare e sperare di poter vivere in una società dell'umano, cioè in un mondo in cui la soggettività della persona umana e le relazioni sociali siano differenziate, ma anche tali da consentire una vita sociale a misura dell'umano (Donati, 2009).

C'è da sottolineare che il livello relazionale è rilevante e precede quello tecnico e la relazione parte dalla consapevolezza che ciascun soggetto ha di sé e dalla disponibilità a metterne in gioco una parte che non riguarda solo l'ambito delle conoscenze intellettuali-cognitive, ma anche le abilità relative alla gestione delle relazioni interpersonali, delle emozioni e dei conflitti. Il concetto di sé fornisce all'individuo uno strumento fondamentale per collocarsi con un senso di continuità nel tempo e nello spazio; ognuno di noi ha un'idea di sé. Attraverso la relazione passano significati. Noi infatti non ci scambiamo informazioni, ma significati e ogni soggetto è portatore di significati diversi in relazione a: età, cultura generale e specifica, disponibilità delle metodiche e abilità nell'usarle, "simpatia" (dal greco *sun*=insieme e *pathos*=emozione), capacità di rapporti, senso di responsabilità, affinità istintiva, ma anche interessi reciproci. Secondo tale approccio, affinché la rete sia efficace, è necessario che le relazioni tra i nodi si sviluppino su significati condivisi. Facendo riferimento sempre ad un rapporto di cura, Manghi (2004, 2005) ribadiva quanto già asserito da Bateson (1984), cioè che "la relazione viene per prima, precede" e serve a comunicare anche strumenti di cura diversi (ad esempio lo sguardo di una madre all'uscita di una seduta terapeutica può annullare anni di

psicoanalisi) e Basaglia affermava: “Se guardiamo solo la malattia e non pensiamo anche alla persona, a quella persona noi creiamo cronicità”. Ogni soggetto (il malato, l’operatore, il familiare) ha una propria visione della malattia, con l’attribuzione ad essa di significati diversi; l’elemento importante è la costruzione della relazione tra i diversi soggetti, che si identifica come scambio di significati e non di semplici informazioni. Il numero di informazioni che arrivano è talmente elevato che noi le utilizziamo solo quando le riconosciamo perché entrano nei nostri significati. Se poi consideriamo che la medicina moderna si caratterizza da un lato per la progressiva specializzazione degli interventi e dall’altro per un forte spostamento della domanda nell’ambito delle malattie croniche, possiamo immaginare come il problema della continuità assistenziale sia il tema centrale in ambito organizzativo (analisi di reti a livello “meso”) e ciò sia dal punto di vista strategico che clinico. E’ chiaro allora che l’approccio con la malattia cronica richiede una strategia di rete (ottica integrata della rete): quando si abbassa il livello di complessità aumenta la necessità della relazione. Alta tecnologie e alta specializzazione possono ridurre la necessità della relazione nell’acuzie, rispetto alla cronicità, in cui la relazione è quello stato cronico che dura tutta la vita: la relazione deve entrare allora nello stile di vita di quella persona. Quello che viene proposto è, dunque, che l’ottica di rete non sia una vera e propria teoria, non sia una tecnica, quanto piuttosto una *forma mentis* basata sulla disponibilità di ciascuno a mettere in gioco una parte del sé per costruire significati condivisi. Tale concetto può trovare applicazione su tre livelli diversi:

- 1) il livello della risposta organizzata e dei sistemi di cura (il lavoro fra Servizi e la costruzione di percorsi e cura integrati, la continuità assistenziale);
- 2) il livello delle pratiche di cura e delle competenze professionali, la costruzione di contesti collaborativi fra professionisti, l’applicazione di metodologie complesse di intervento, il rapporto fra la cura professionale e le altre forme di cura (interventi multidisciplinari, équipe, in gruppo o con gruppi);
- 3) il livello della persona, l’importanza degli aspetti relazionali che si attivano nel rapporto di cura, la persona dell’operatore e la persona-paziente, le rappresentazioni familiari in merito al benessere e alla malattia (la risorsa relazionale, le risorse del contesto di vita, la vicinanza della cura, gli effetti delle reti familiari sulla salute, l’aiuto informale) (Previtera, in corso di stampa).

Volendo considerare quali siano i principali *stakeholders* nel processo di integrazione socio-sanitaria, a livello generale e più in particolare in merito al tema della disabilità, emerge chiaramente come “in questi anni sia sempre più maturata la consapevolezza che occorre promuovere un nuovo modo di fare assistenza per rispondere all’evoluzione della domanda di salute, assicurando servizi caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse. I servizi che hanno la necessità di essere centrati sul bisogno della persona, per conseguire tale irrinunciabile obiettivo, è indispensabile siano fondati sull’integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei diversi livelli gestionali del sistema sanitario nazionale. L’attivazione di reti integrate è finalizzata alla costruzione di un solido legame fra le diverse aree della sanità - prevenzione, assistenza di base, servizi distrettuali, specialistica ambulatoriale, assistenza ospedaliera - per assicurare il coordinamento e la continuità dell’assistenza e facilitare l’accesso e l’erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Tutto ciò contenendo i costi, effettuando il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni, valutando i risultati clinici e organizzativi, migliorando la *compliance* del paziente, chiamato a divenire protagonista nella gestione della propria salute” (Scalzo, 2009).

“La continuità rappresenta un obiettivo e insieme una strategia per migliorare la qualità dell’assistenza e per rispondere in maniera efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti affetti da patologie croniche, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo” (Baldantoni et al., 2002).

Possono essere identificati tre livelli di continuità delle cure:

1. livello individuale: la continuità significa una relazione continuativa tra chi eroga e chi riceve un servizio sanitario;
2. livello di *team*: la relazione continuativa è con i membri del *team* che perseguono obiettivi (di salute) comuni;
3. livello di rete: la continuità è assicurata dalle relazioni fra le maglie di una rete di servizi che interagiscono su diversi piani, in funzione di carichi di lavoro differenziati.

“Un sistema complesso, in rapido e continuo cambiamento e intrinsecamente rischioso come quello sanitario, presenta molti *gap* fra le persone e i processi assistenziali. I *gap* possono essere definiti come elementi di discontinuità nelle cure e appaiono come perdita di informazioni o interruzioni e ostacoli nell’erogazione di

un processo assistenziale. Questo elemento, che segna una perdita di coerenza tra il profilo assistenziale individuale, si manifesta in particolare nel cosiddetto *handover*, il passaggio di consegne, ad esempio alla fine dei turni del personale, nel caso di trasferimenti tra unità operative diverse o fra diverse strutture assistenziali e/o quando cambia il regime assistenziale attraverso il *network*, come avviene ad esempio in caso di dimissioni fra l'Ospedale e il Territorio, o nel percorso inverso che conduce al ricovero ospedaliero” (Baldantoni et al., 2002).

“La delicata fase di passaggio da un ambiente di cura all'altro, di cui l'esempio paradigmatico è la transizione fra l'Ospedale e il Territorio, è oggetto di intensa analisi da parte di tutti gli esperti di organizzazione dei sistemi sanitari sia a livello nazionale che internazionale. Essa costituisce uno snodo, anzi un nodo, molto vulnerabile della rete, in cui solo l'integrazione e la comunicazione rendono la transizione possibile ed efficace per il cittadino. L'organizzazione di questa fase della cura, che con termine anglosassone viene denominata *transitional care*, cerca di proporre ancora come fulcro del processo il soggetto e non l'istituzione, superando la logica isolazionista che spesso porta l'ospedale a non curarsi di ciò che avviene dopo la dimissione o il medico delle cure primarie a delegare totalmente la cura del proprio paziente durante un ricovero” (Rossi, 2006).

Conseguentemente “posizionare la persona al centro del sistema di cure implica l'abbattimento dei confini esistenti fra le varie organizzazioni; la reingegnerizzazione dei processi tende a ricomprendere tutti gli attori dislocati sul territorio: non solo le strutture dell'azienda sanitaria locale (presidi ospedalieri, strutture di lungodegenza e riabilitazione, strutture di *day hospital* e *day surgery*, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare e medicina di base), ma anche altre strutture in qualche modo chiamate a cooperare nella soluzione del problema di salute (aziende ospedaliere pubbliche, strutture private convenzionate e non, servizi degli enti locali, associazioni di volontariato, etc.). [...] L'obiettivo finale è quello di costituire per il paziente percorsi unitari fra le diverse strutture dislocate sul territorio” (Adinolfi, 2001).

Sotto questo profilo, è utile considerare il valore della Relazione Annuale al Parlamento sullo stato di attuazione delle Politiche per l'Handicap in Italia: essa (Maroni, 2005) “costituisce un adempimento istituzionale, ai sensi dell' art. 41, comma 8, della legge 5 febbraio 1992 n. 104. In base alla citata disposizione il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali [oggi Ministero della Salute, ndr], nonché le altre Amministrazioni dello Stato, le regioni e le province autonome sono tenuti a presentare i dati relativi agli interventi di competenza in favore delle persone con disabilità. Rappresenta, pertanto, uno strumento istituzionale di particolare utilità per il monitoraggio delle politiche in favore delle persone con disabilità, per la diffusione delle informazioni e per il consolidamento della cooperazione tra i livelli di *governance* e tra le istituzioni ed i cittadini. In coerenza con il nuovo assetto dei livelli di responsabilità, tale relazione non si presenta più come un insieme di contributi delle singole amministrazioni, ma fornisce un quadro integrato delle principali linee operative e degli sviluppi verificatisi in aree di intervento strategiche a livello centrale e regionale. Per favorire il raccordo interistituzionale, è stata messa a punto una nuova metodologia attraverso la realizzazione di un *software* progettato *ad hoc* per la raccolta delle informazioni e per la loro elaborazione, tale da permettere la valorizzazione ed utilizzazione in modo più efficace di quanto raccolto. La presentazione delle attività tiene conto dei riferimenti di carattere generale alla normativa di settore e alla relativa applicazione in ambito locale e rivolge inoltre l'attenzione alla programmazione di interventi ed agli investimenti specifici”.

Si riporteranno di seguito, a titolo di esempio fra le esperienze favorevoli in campo nazionale, un progetto portato avanti dalla Regione Piemonte intitolato “il Sistema Piemonte per la disabilità” e un progetto per la gestione integrata degli interventi socio-sanitari per le persone con disabilità ideato e realizzato dalla Regione Toscana.

L'esperienza del Piemonte

Il Sistema Piemonte per la disabilità

L'interesse della Regione Piemonte nei confronti della classificazione ICF si è tradotto nell'organizzazione di diverse attività, delle quali quelle di divulgazione e formazione sono state il primo passo.

Per sostenerle si è attivata per reperire specifiche risorse economiche che hanno permesso di far partire un percorso formativo rivolto agli operatori dell'area sanitaria e sociale. La formazione offerta porterà alla conoscenza, alla comprensione e all'utilizzo della classificazione ICF e degli strumenti ad essa collegati.

Alla luce delle capacità della classificazione di:

- descrivere le caratteristiche ed i bisogni delle persone con disabilità;

- favorire la centralità della persona con disabilità ed il suo coinvolgimento nelle scelte che la riguardano,
- introdurre un linguaggio comune per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati, tra operatori della sanità e dell'assistenza e tra questi e tutti coloro che si occupano del tema disabilità;
- permettere una lettura ed una analisi condivisa delle tipologie degli interventi;

nel progetto di adozione dello strumento, la Regione Piemonte intende raggiungere gli obiettivi di:

- una migliore comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti e in particolare tra operatori della sanità e dell'assistenza e tra questi e le persone con disabilità e i servizi (della scuola, del lavoro, dei trasporti, del tempo libero, della casa, etc.) ad essi dedicati;
- una omogeneizzazione sul territorio regionale del linguaggio degli operatori; questo avrà ricadute sia per le attività di certificazione che per la stesura di progetti di intervento di cura e di presa in carico delle persone con disabilità, permettendo una più puntuale applicazione della normativa in materia di integrazione socio-sanitaria;
- introdurre il concetto di funzionamento nel settore sociosanitario che potrà essere oggetto di studio nei sistemi di raccolta dati.

Raggiunti tali obiettivi formativi il “Sistema Piemonte per la disabilità” prevede ulteriori sviluppi:

- la promozione di una “alfabetizzazione” ICF per il personale di tutti gli assessorati (perché la salute e la disabilità sono attinenti ad ogni aspetto della vita quotidiana e ogni atto deliberativo e/o programmatico deve tenerne conto), valutando il coinvolgimento di altri assessorati oltre a quelli della Salute ed Assistenza promotori dell'iniziativa;
- l'impostazione di una raccolta dati basata sul funzionamento, progetto questo da sviluppare in collaborazione con altri interlocutori - ad esempio ISTAT e INPS - e utilizzabile per l'elaborazione delle politiche degli interventi.

L'obiettivo principale di questo progetto è soprattutto quello di consentire alle persone con disabilità e alle loro famiglie di (ri)occupare sin da subito il centro del dibattito, ora troppo spesso focalizzato solo sulla organizzazione dei servizi e non sulla persona.

L'esperienza della Regione Toscana

Gestione integrata degli interventi socio sanitari per le persone con disabilità

Motivazioni

La realizzazione e lo sviluppo di un sistema di servizi sociosanitari per le persone con problemi di disabilità costituisce una priorità della programmazione regionale toscana. Uno degli elementi decisivi per il raggiungimento di tale obiettivo è costituito dalla creazione di una “strategia di valutazione”, inquadrata nella cornice concettuale ed ordinatrice dell'ICF (classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, OMS, 2003) e condivisa dagli operatori, che dia corpo ad un processo di presa in carico e continuità assistenziale realmente integrato.

L'iniziativa

I Settori della Direzione generale del Diritto alla Salute di “Integrazione socio sanitaria e Progetti obiettivo”, “Servizi sanitari territoriali”, “Promozione della innovazione operativa del sistema di servizi e di prestazioni” hanno assunto l'iniziativa di costituire un Gruppo di lavoro formato da operatori, indicati dalle tre Aree Vaste, referenti delle varie professionalità coinvolte nei percorsi assistenziali verso le persone disabili.

A partire dal febbraio 2004 è stata programmata una prima fase, durante la quale si sono svolti sette incontri di approfondimento e formazione sulle tematiche generali, per procedere successivamente a un lavoro finalizzato ad individuare strumenti e strategie condivise su tre aree di bisogno sociosanitario: a) ictus; b) sclerosi multipla; c) paralisi cerebrale infantile.

La prima fase si è conclusa con l'elaborazione e l'approvazione di un “documento condiviso” (aprile 2005), in cui è stata evidenziata la priorità operativa di rendere più agevole tutto il processo di presa in carico nel momento del passaggio dal sanitario al sociale, definendo prassi operative e processi di valutazione e prefigurando una seconda fase di percorso.

La seconda fase ha preso il via nel febbraio 2006 con il supporto tecnico scientifico del *Disability Italian Network* (DIN) e con l'obiettivo di arrivare alla definizione di una strategia di valutazione della disabilità da implementare nel settore dei servizi sociosanitari, rendendo più agevole tutto il processo di presa in carico nelle fasi di passaggio tra gli snodi della rete sanitaria, tra il sanitario ed il sociale.

Gli obiettivi

Gli obiettivi specifici della seconda fase si riassumono nei seguenti punti:

1. Revisione degli strumenti disponibili e utilizzati in Regione Toscana nell'ambito del percorso socio-sanitario.
2. Selezione degli strumenti di "valutazione e decisione" per macro aree di bisogno:
 - a. paralisi cerebrale infantile,
 - b. sclerosi multipla,
 - c. ictus.
3. Messa a punto del percorso di sperimentazione.
4. Formazione alla gestione degli strumenti e del metodo di lavoro.
5. Sperimentazione e monitoraggio.
6. Valutazione dei risultati, validazione delle soluzioni e piano di generalizzazione su scala regionale.

Alla luce di quanto abbiamo detto appare chiaro come la complessità realizzativa di un progetto per l'evoluzione del sistema sanitario richieda la definizione di una visione strategica comune, attraverso un modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli socio-istituzionali. Porre la continuità dell'assistenza come traguardo, infatti, rimette al centro dell'attenzione i problemi di assetto istituzionale, di carattere organizzativo, di rilevanza normativa e contrattuale, di formazione e aggiornamento professionale: essa è l'espressione più concreta e tangibile di capacità del Sistema Sanitario Nazionale.

Il modello a rete è stato scelto per raggiungere tale obiettivo. E' fondamentale considerare la struttura anatomica della rete uguale ai nodi, che sono però tenuti insieme dalle relazioni, ovvero la trama. A seconda di come esse sono impostate, la rete cambia radicalmente. E' quindi importante il modo di porsi, per ottenere il collegamento e la integrazione fra i vari componenti del sistema: i professionisti con i professionisti, le unità operative ed i servizi dello stesso dipartimento e tra dipartimenti, le direzioni zonali con distretto, dipartimento di prevenzione e ospedale, strutture nello stesso edificio, strutture collocate in province diverse, strutture sanitarie pubbliche con strutture private e comunali. Entrando nello specifico, la mappa delle professionalità comprende tre macroaree: amministrativa, tecnica, sanitaria. Sul proscenio, mentre prima c'era il medico affiancato dal personale "paramedico", ora ci sono varie professioni e, quindi, assistiamo ad una "poliarchia decisionale". Tale poliarchia decisionale dev'essere gestita in modo programmato e appropriato alla complessità sia di figure che di competenze, oltre che di *expertise*; invece c'è a tutt'oggi molta confusione, a cui si aggiunge anche la difficoltà derivata dal fatto che i singoli professionisti rispondono di più e meglio al proprio riconoscimento professionale da parte della società scientifica di appartenenza, piuttosto che ad una struttura aziendale organizzata. E' opportuno poi considerare che il sistema dei valori presenti nell'ambito di una organizzazione sanitaria è duplice: il primo, quello medico, fa diretto riferimento ad un sistema di valori e regole tecnico-professionali; il secondo, quello tecnico-ingegneristico-amministrativo, fa capo a un apparato burocratico. Le sfide investono allora la domanda e l'offerta: a) sotto il profilo della domanda: livelli essenziali di assistenza (LEA); b) sul piano dell'offerta: modelli organizzativi. Le criticità riguardano diversi dualismi: a) sistema / non sistema; b) missioni / visione aziendale disomogenea; c) unitarietà di sistema / autonomie; d) cambiamento - innovazione / burocratismo. La burocrazia è fatta di persone e per essa è fondamentale "l'apparato", che consente la realizzazione di procedure virtuose; il problema giunge quando le questioni burocratiche vengono prima del *core business*, che è la cura del paziente. Ruoli, relazioni e responsabilità vengono ad assumere sempre maggior rilievo. Solo se ci poniamo in modo diverso di fronte a questa triade possiamo ambire a trovare le soluzioni, perché in questa triade l'impostazione reticolare del sistema. Non c'è un unico modello di rete. Il tema non è affrontabile in maniera seria attraverso strumenti obsoleti, bensì solo attraverso un percorso specifico che passa per una nuova *forma mentis* ed un processo di negoziazione forte (Previtera, in corso di stampa).

L'efficacia degli assetti organizzativi è strettamente correlata alla loro capacità di soddisfare alcuni fabbisogni essenziali per il buon funzionamento. Due dei principali fabbisogni organizzativi sono quelli di differenziazione e di integrazione. Si tratta di due esigenze importanti, ma strutturalmente conflittuali. L'eccessiva enfasi su uno dei due produce una conseguenza organizzativa per la comprensione del secondo. Le scelte di fondo si fanno tuttavia in maniera totale. Altrimenti non si fanno. Ci vuole un coinvolgimento di tutti, in maniera consapevole. Perché i sistemi a rete funzionino è necessario che si realizzi quanto segue: che vi sia un'unica tipologia strutturale/organizzativa; che sia affrontabile con l'attuale cultura; che sia gestibile con l'uso ordinario di strumenti; che non vi sia gerarchia. Tale percorso dev'essere caratterizzato dalla capacità di avere una visione delle cose diversa; almeno ci vuole la disponibilità di pensiero all'apertura (si rimanda, a tal proposito, al concetto di "viaggio" indicato da Proust¹).

Gli sviluppi socio-economici-culturali-normativi conducono in maniera naturale ad una evoluzione in senso reticolare delle organizzazioni sanitarie. La strada di reticolarizzazione può condurre a sviluppi totalmente destrutturanti per le aziende sanitarie. Dobbiamo immaginare l'azienda sanitaria come un insieme di "reti curanti", gruppi di cura che ruotano intorno al paziente, con l'obiettivo di prestargli le cure più appropriate con cui l'organizzazione sanitaria ha sempre più il ruolo di coordinamento. Si determina quindi la necessità di avere la capacità di creare soluzioni intorno a quel problema. Peraltro la struttura sanitaria, sempre più investita della missione specifica di coordinamento, diventa un assemblatore di servizi, che mette in rete risorse infrastrutturali, tecnologiche e professionali per realizzare obiettivi di cura e l'azienda è definita non tanto dal suo perimetro geografico (che tende ad essere sfumato rispetto al territorio dove si trovano molti nodi delle reti curanti) e non è determinata tanto dalle risorse infrastrutturali, tecnologiche e umane, quanto dalle relazioni (Previtera, in corso di stampa).

Il concetto di "rete" è in continua evoluzione. Ogni sistema a rete si caratterizza per presentare tre elementi portanti, strettamente interconnessi e concomitanti: 1. i canali comunicativi (protocolli, progetti, percorsi, etc.), in grado di dare un valore sostanziale (non soltanto formale) alle strutture precedentemente definite e per migliorare il modello organizzativo e gli operatori; 2. la rete in senso proprio, ovvero tutte le condizioni e le realizzazioni che permettano di mantenere le migliori condizioni per garantire la produzione dei servizi; 3. i poli o nodi della rete, il loro assetto strutturale e funzionale. Tra i vari suoi significati (positivi e negativi), si può quindi affermare che la rete non è una recinzione che difende e che separa, è invece la rete del circense che salva. Ciò ha delle strette ripercussioni sul percorso evolutivo dell'organizzazione, che può assumere molteplici forme e indirizzi. Qualora il carattere predominante sia la prevalenza dell'adempimento e della gestione per atti, allora elementi salienti saranno l'integrazione verticale, l'enfasi sull'efficienza e gli operatori come fattori produttivi, la specializzazione funzionale; la parola d'ordine in tal caso sarà "gerarchia", di carattere militare. Nel caso in cui, invece, si focalizzi l'attenzione sulla coerenza fra organizzazione e diversificazione del *business*, la caratteristica sarà rappresentata dalla multidivisionalità, dall'enfasi su pianificazione e controllo, il sottoutilizzo della capacità individuale, coerenza tra sviluppo delle specializzazioni e presidio dei risultati; le parole d'ordine sono in tal caso "condivisione" e "a matrice". Se infine flessibilità e apertura del sistema si rivelino il denominatore comune, allora interdipendenza, organizzazione minima, orientamento all'appartenenza, peso del rapporto cliente-fornitore, enfasi sui processi, forte condivisione di valori e obiettivi si evidenzieranno come i tratti fondamentali; si vedrà il passaggio da una organizzazione verticale ad una orizzontale; le parole d'ordine in tal caso saranno "cooperazione" e "collaborazione" (Previtera, in corso di stampa).

"Perché lavorare in gruppo?" ci si potrà chiedere. Perché il gruppo di lavoro tende a divenire in misura sempre maggiore un importante attore all'interno delle organizzazioni? La spiegazione è data dal fatto che da attività prevedibili e programmabili si è passati ad attività più incerte e complesse, che richiedono un coinvolgimento sempre più profondo e flessibile da parte del lavoratore (Borgese, 2010). Si prenda ad esempio il "Centro Ortopedico Quadrante" di Omegna, Verbania (COQ), centro di eccellenza in ambito ortopedico, altamente specializzato nella protesica: la organizzazione e la gestione di questa struttura (S.p.A. a carattere pubblico/privato in rapporto del 51/49 %) è di natura sperimentale e prevede unità che non hanno più a capo il primario, ma individuano un "referente" cui afferiscono i pazienti, che vengono seguiti dall'inizio alla fine con la dimissione. Così si supera il concetto di dipartimento, per le difficoltà di gestione dell'interdipendenza (fra Servizi, fra reparti) che determinano serie ripercussioni sulla qualità dell'*output* finale. Si enfatizza quindi il coordinamento, la gestione dell'interdipendenza. Il "coordinatore" fa da capogruppo e può gestire meglio il flusso informativo e operativo; si ha quindi un *output* finale migliore sia dal punto di vista qualitativo sia da quello quantitativo. E' possibile distinguere i vantaggi relativi al ricorso al lavoro di gruppo in vantaggi per l'organizzazione (la qualità delle decisioni e i vantaggi cognitivi; maggiore flessibilità - anche per le spinte che vengono dal mercato -; maggiore produttività; maggiore qualità; controllo più efficiente) e in vantaggi per le persone (soprattutto maggiori motivazioni). Sono due altresì le categorie fondamentali di svantaggi connessi al lavoro di gruppo: il tempo (il tempo richiesto per addivenire alla decisione è sicuramente più lungo, poiché il gruppo comporta modalità di funzionamento che richiedono tempo per il coinvolgimento di più individui) e il costo, che è senz'altro più alto. Si aggiunge la diversa predisposizione individuale a lavorare in gruppo: in esso è inevitabile la disomogeneità e, quindi, la fatica per giungere ad un risultato è maggiore (Previtera, in corso di stampa).

V'è poi da considerare che esistono due classificazioni del gruppo, sotto il profilo della formalità: informale e formale. I gruppi informali possono essere definiti una "rete di relazioni personali e sociali non stabilite o

richieste dall'organizzazione formale", sorta spontaneamente come associazione di alcune persone con altre. Si tratta di un "complesso sistema di comunicazioni e di altre relazioni che viene a stabilirsi in un gruppo di esseri umani" (Simon, 1956). I gruppi formali hanno tre caratteristiche: obiettivi organizzativi, designazione formale dei partecipanti, svolgimento regolare delle attività. Il metaobiettivo è raggiungere risultati di efficienza e di efficacia. E' allora importante sottolineare che un buon *manager* non deve in alcun momento dimenticare l'esistenza di entrambe le reti, formale e informale. Quest'ultima può talora ostacolare l'organizzazione formale, ovvero fungere da elemento facilitatore, se gli obiettivi coincidono con quelli istituzionali.

Le dimensioni di assetto di un gruppo sono le seguenti: la *leadership*, i ruoli, la dimensione, la durata. La *leadership* è una variabile di comportamento che si manifesta all'interno di una relazione fra uno o più individui. La sua origine può essere intesa secondo la teoria qualitativa ("Leader si nasce") o situazionale ("Leader si diventa"). La sua efficacia viene collegata a diversi fattori: a) la struttura del compito; b) la struttura affettiva dei rapporti leader/gruppo; c) il livello di potere del *leader*. Lo stile della *leadership* può essere autocratica (orientata al compito) o partecipativa (orientata alle relazioni), eventualmente interscambiabili a seconda delle circostanze e soprattutto in funzione del grado di maturità dei collaboratori anche da parte del medesimo *leader*, secondo la teoria della "*leadership* situazionale" (Borgese, 2010). Certamente il *leader* è colui che, in un modo o nell'altro, riesce a condizionare il comportamento del gruppo, traghettandolo verso un obiettivo che egli ha deciso (sottolineando così che tale figura non sempre corrisponde all'immagine positiva e accattivante dell'accezione comune). A ciascuno dei due stili sono affiancate delle tecniche gestionali ben precise, pena l'inefficienza (ad esempio come condurre una riunione perché sia fruttuosa, oppure definire tempi e modi per raggiungere gli obiettivi). Ognuno deve avere un ruolo, che è importante ai fini generali del funzionamento del gruppo.

La dimensione di un gruppo è variabile sia sul piano quantitativo (il numero dei componenti è deciso di volta in volta a seconda di diversi fattori) che su quello qualitativo (esistono varie forme, da quella "a catena" a quella "a ruota", etc.).

Riguardo alla durata di un gruppo, che può essere temporaneo o permanente, è opportuno considerare i suoi stadi di sviluppo:

- quando si costituisce, in una prima fase, il gruppo è inefficiente e genera inefficienza; ciò è fisiologico; si tratta infatti della prima fase di "orientamento", in cui ci si studia a vicenda e si cerca di capire il proprio ruolo;
- si passa quindi alla seconda fase, della "ridefinizione" dei ruoli: il progetto diventa più chiaro nella sua fase di sviluppo e il *team* assume una definizione più precisa;
- il buon *leader* è quello che riesce a ridurre i tempi di queste prime due fasi (improduttive);
- si giunge allora alla fase del "coordinamento";
- poi c'è l'"implementazione", che è la fase di lavoro vero e proprio: se è stata predisposta una buona pianificazione prima, entrando molto nel dettaglio, si sa già qual è il piano di lavoro con le attività che ad esso servono e gli indicatori di processo; in questa fase la motivazione del gruppo va mantenuta sempre alta, utilizzando delle tecniche di tipo motivazionale sugli individui (un elemento importante, anche se non l'unico, è l'incentivo economico); è sempre in questa fase che diviene fondamentale il monitoraggio, che consideri le quattro variabili da tenere sotto controllo: tempo, costi, qualità e risorse; uno strumento organizzativo utile per la pianificazione ed il controllo del progetto è la *Work Breakdown Structure* (WBS), che prende ad esempio la costruzione di una casa e la scompone nelle sue varie fasi;
- si arriva infine alla "conclusione": si presenta il lavoro nella sua versione finale.

Naturalmente "l'organizzazione migliore" per definizione non esiste, è un'utopia. Bisogna sempre tener conto del contesto e delle esigenze, senza tuttavia mai abbandonare l'utopia, che funge da faro. "E' l'utopia che ci aiuta a costruire il nostro progetto. Andiamo al fondo di noi stessi e indaghiamo cosa ci faccia star veramente bene: è quello che ci farà dare il meglio di noi stessi. Gli obiettivi vanno raggiunti; i progetti bisogna studiarli bene e lavorare sodo perché possano essere realizzati; l'utopia è il nostro faro. Non è importante realizzare l'utopia, ma mantenerla sempre viva (qualunque essa sia – leggere, disegnare, scrivere, suonare, etc. -), perché ci ricarica, ci dà energia per andare avanti. Pensiamo così a portare energia positiva ogni giorno nel nostro lavoro" (Lucarelli, 2011).

Alcune tipologie di gruppi sono le seguenti:

- Gruppi di progetto (gruppi temporanei, creati *ad hoc*): si presentano come un utile strumento per pianificare la gestione di un progetto (*project management*); un filone di studio ha cercato di

sistematizzare metodologie e direttive, fundamentalmente logiche, per raggiungere gli obiettivi di un progetto, sotto la *leadership* di un *project manager*; naturalmente devono essere considerati tempi e costi; raggiunto l'obiettivo, il gruppo si scioglie.

- Gruppi di lavoro autonomi o semiautonomi
- *Task forces* (su problematiche specifiche, come ad esempio la pandemia)
- Circoli di qualità
- Comitati (ad esempio nel COQ si hanno tre comitati: a) di Direzione, b) dei Coordinatori e c) dei Referenti; in b) e c) si discute dal basso delle varie esigenze, che poi vengono portate al comitato di Direzione, ove vengono prese le decisioni). Tale sperimentazione gestionale, basata su meccanismi di integrazione trasversale, è orientata al soddisfacimento dei bisogni della popolazione, nel senso che la finalità non è quella dell'utile dell'azienda privata, ma è inserita nella rete sanitaria pubblica.

Cos'è un progetto? Un progetto è una serie di attività complesse e intercorrelate, necessarie per raggiungere un traguardo ben definito, raggiungibile attraverso sforzi sinergici e coordinati, entro un tempo predeterminato e con un preciso ammontare (economico e di risorse umane) a disposizione. Le sue caratteristiche sono: unicità, temporaneità, obiettivi definiti, multidisciplinarietà, limitatezza delle risorse, ampiezza gestionale, complessità gestionale. Il termine "progetto" ha un significato diverso da "obiettivo"; c'è infatti la componente temporale che determina la differenza: l'obiettivo è più a breve termine, il progetto si colloca invece nell'arco temporale di cinque-dieci anni. Esso ha insita in sé la caratteristica di avere molti desideri racchiusi; è necessario infatti proiettarsi fra cinque-dieci anni, cominciando a capire sin d'ora come si sarà allora; solo in tal modo si può alimentare la propria felicità e la propria soddisfazione, costruendo esperienze positive di scambio di conoscenze; per raffi ungere tale fine bisogna comprendere cosa si ha e cosa invece manca, dando delle priorità alle azioni necessarie per ottenere ciò che manca; è importante per questo avere un disegno preciso di quel che si vuole; il progetto nasce da una visione, un'immagine di ciò che si desidera raggiungere e, andando a ritroso, agire sin da oggi in una direzione che dà un senso al nostro quotidiano; solo così si può evitare che le cose accadano "nonostante noi stessi", ovvero che ci capitino subendole; solo così si può riuscire a costruire qualcosa che ci dà soddisfazione e felicità: questo qualcosa è il progetto (Lucarelli, 2011). La multidisciplinarietà sovente rappresenta una forte barriera, crea resistenze, perché l'apertura mentale e il bagaglio culturale non sempre sono uguali fra i vari interlocutori; è infatti necessario parlare il medesimo linguaggio. Il *leader*, che in questo caso assume il ruolo di *project manager*, deve tener conto di tale concetto nello scegliere chi deve far parte del gruppo (se la scelta dipende da lui) o comunque (qualora la scelta non dipenda da lui) dev'essere consapevole delle caratteristiche delle persone.

Vi sono diverse tipologie di progetto: possono essere considerati progetti, ad esempio, nuovi prodotti o servizi, quali lo sviluppo e l'implementazione.

Chi lavora per progetto? Strutture predisposte a lavorare per progetto sono ad esempio le seguenti: l'Unità Operativa Complessa (UOC) Cambiamento organizzativo; l'UOC Ricerca e sviluppo; l'UOC Sistemi informativi.

Per capire se è giusto e utile lavorare per progetto, si dovrebbe rispondere ad alcune domande: a) esistono attività complesse? b) esse si muovono in un ambiente dinamico? c) ci sono forti vincoli? d) le attività devono essere integrate?

Gli obiettivi del progetto devono essere ben individuati, sin dal principio. La chiarezza è fondamentale. E' quindi indispensabile la definizione degli obiettivi del progetto, con la descrizione di tutte le attività che devono essere svolte, i risultati che devono essere raggiunti e le relative risorse umane ed economiche necessarie al loro raggiungimento. La gestione dello scopo del progetto risulta quindi un punto essenziale nella gestione dell'intero progetto. E' basilare poi che sin dall'inizio i risultati siano misurabili e ci sia un monitoraggio costante della qualità del progetto, controllando: le risorse impiegate, gli *output* intermedi, se si stanno seguendo i tempi stabiliti. E' questo il *project time management*. Esso include i processi necessari ad assicurare le *performances* di tempo del progetto. Consiste nella definizione delle fasi del progetto, della loro interrelazione e della loro conclusione. Il rispetto dei tempi è fondamentale perché il risultato non sia intempestivo (Previtera, in corso di stampa).

Tutti i concetti su enunciati trovano un'applicazione pratica nel metodo del *cooperative learning* o apprendimento cooperativo (AC). Per un gruppo cooperativo la comunicazione è un processo chiave, in quanto garantisce il suo funzionamento attraverso lo scambio di informazioni e sensazioni finalizzato al raggiungimento degli obiettivi. Il buon funzionamento del gruppo secondo il metodo cooperativo è garantito da un'efficace comunicazione, verbale e non verbale, intesa sia come costruzione del messaggio e

articolazione del contenuto, sia come condivisione di un clima relazionale e positivo, espressione dell'insieme di percezioni, di vissuti e di sentimenti fondato sulla fiducia. Un sistema inclusivo come quello previsto dal ricorso alla metodologia dell'apprendimento cooperativo considera la persona protagonista dell'apprendimento qualunque siano le sue capacità, le sue potenzialità e i suoi limiti. Va favorita, pertanto, la costruzione attiva della conoscenza, attivando le personali strategie di approccio al "sapere", rispettando i ritmi e gli stili di apprendimento e "assecondando" i meccanismi di autoregolazione (Hannafin et al., 1994; Johnson, 1996; Hannafin et al., 1999; Jonassen e Land, 2000; Kagan, 2000; Hill e Land, 2003; Polito, 2003; Benasayag e Schmit, 2005; Venza, 2007; Bonvino, 2009; Borello et al., 2009).

Assunto fondamentale è il concetto di interdipendenza positiva (Palincsar e Brown, 1984). Consiste nella consapevolezza, da parte dei componenti del gruppo, di essere legati reciprocamente da una dipendenza relazionale che risulta essere direttamente proporzionale al grado di coinvolgimento sentimentale e di utilità che lega gli uni agli altri. Nell'AC infatti l'attenzione a quest'elemento è fondamentale, gli appartenenti al gruppo hanno la percezione di essere collegati in maniera positiva in modo che il singolo non possa raggiungere i propri obiettivi senza il gruppo e viceversa. La coesione dei componenti, inoltre, diviene più solida, più autentica e quindi ottimale quando il gruppo stesso ha la possibilità di scegliere l'adesione dei propri membri. I fratelli David Johnson, Roger Johnson ed Edythe Johnson Holubec (considerati i pionieri del *cooperative learning*, Università del Minnesota) ritengono l'interdipendenza positiva come il cuore dell'apprendimento cooperativo. Ciò che essa determina è la consapevolezza in ciascuno di essere parte fondamentale e indispensabile per il gruppo, con effetti positivi in termini di motivazione, impegno e nelle relazioni interpersonali.

Vi sono alcuni aspetti, comunque, che possono condizionare negativamente l'interdipendenza positiva e che si traducono in responsabilità e valutazione. Il singolo individuo è responsabile del proprio lavoro, necessario per raggiungere lo scopo comunitario prefissato, ma si sente ugualmente responsabile del compito svolto dai suoi compagni di gruppo, a maggior ragione se questi ultimi hanno ottenuto un esito negativo. Tutto questo viene infatti da lui vissuto come una sconfitta, una "punizione" o una "ingiustizia".

Possiamo distinguere infine due diversi tipi di interdipendenza positiva (I.P.): a) la I.P. oggettiva, che si attua quando la difficoltà del compito comporta obbligatoriamente l'aggregazione in gruppo per poter conseguire l'obiettivo, che risulterebbe altrimenti impossibile per le singole capacità dei componenti; b) la I.P. soggettiva che si rileva quando i membri del gruppo avvertono e sono coscienti del reciproco legame che li unisce e che coordina i loro rispettivi sforzi nel raggiungere lo scopo.

Altro concetto basilare è l'interazione simultanea e costruttiva. Fondamentale per la riuscita nell'apprendimento è infatti la partecipazione (Cole e Engestrom, 1993; Ge e Land, 2004). Tale idea è supportata anche da Kagan, il quale ritiene che la partecipazione sia una componente fondamentale nel processo di apprendimento. Precondizione per il successo dell'apprendimento è la partecipazione equa; data questa si intende per interazione simultanea la percentuale di componenti del gruppo o comunità che è attiva nello stesso momento (Kagan, 1992, 2000).

Le abilità sociali sono uno degli elementi essenziali del *cooperative learning* e consistono nei vari comportamenti che una persona manifesta e adotta nelle relazioni interpersonali. Ogni componente del gruppo deve quindi imparare ad apprendere e sviluppare tali abilità se vuole ottenere e vivere un clima di collaborazione e cooperazione. La qualità dei risultati e la mole di lavoro svolto dal gruppo sono direttamente proporzionali al *feeling*, alla fiducia e alla comunicazione che si instaurano fra i membri, insieme alla loro capacità di saper risolvere i conflitti, sostenendosi ed accettandosi reciprocamente. Queste caratteristiche non sono comunque innate, ma vanno acquisite grazie all'insegnamento e all'educare alla relazione, quindi grazie alla comunicazione intesa come ricerca del dialogo efficace per l'incontro con l'altro. I membri del gruppo infatti, durante il *cooperative learning*, vivono situazioni ed emozioni diverse compresi i conflitti e rivestono ruoli inusuali, che a volte esulano dal loro abituale comportamento; essi vanno quindi aiutati a realizzare un clima di fiducia e allenati a sviluppare le loro abilità interpersonali (Silliman, 2001; Dornisch e Land, 2002). I fratelli Johnson suddividono tali capacità in quattro fasce distinte:

- abilità che permettono al gruppo di esistere e di sussistere grazie alla capacità comunicativa ed alla destrezza nel risolvere i conflitti quindi il conoscersi e il fidarsi degli altri rispettando le idee e la dignità altrui;
- abilità che sostengono i gruppi nello svolgimento del compito e nella realizzazione di *leadership*;
- abilità per le capacità di apprendimento che permettono di comprendere il materiale fornito;

- abilità quali stimoli di riflessione e di ricerca nell'approfondimento delle proprie capacità e nelle capacità dei compagni di gruppo (Johnson e Johnson, 2005).

E' utile a questo punto assumere come punto di riferimento il modello di classe come comunità, noto sotto il nome di "comunità di discenti di Brown e Campione" (Bertazzi, 2003). Questo modello viene riferito dagli autori con il nome di Fostering Communities of Learners (FCL) – "Promuovere Comunità di Discenti". Il lavoro teorico e i progetti realizzati in classi elementari e medie, sviluppati da Ann Brown, Joseph Campione e collaboratori, ricercatori dell'Università di Berkeley, sono molto ben documentati e vantano solide basi teoriche radicate nella premessa della trentennale attività di ricerca cognitivista di questi esperti sui metodi per aiutare studenti passivi a diventare attivi, attraverso strategie di apprendimento e riflessione che conducano alla capacità di trasferimento della conoscenza, o ad un uso flessibile, appropriato e perfino creativo della conoscenza (Whitehead, 1929; Vigotsky, 1962; Palinscar e Brown, 1984; Delpit, 1988; Gallimore e Tharp, 1990; Meloth e Deering, 1994; Hannafin et al., 1994; Kamps et al., 1995; Ehri, 1997; Gaskins et al., 1997; Land e Hannafin, 1996; Hannafin et al., 1997a e 1997b; Land e Hannafin, 1997; August e Akuta, 1998; Palinscar, 1998; Seymour, 1998; Snow et al., 1998; Stone, 1998; Alvermann, 1999; Guthrie e Alvermann, 1999; Kamhi e Catts, 1999; Land, 2000; Land e Greene, 2000; Hannafin e Land, 2000; Surry e Land, 2000; Greene e Land, 2000; Jonassen e Land, 2000; Graham e Harris, 2001; Silliman et al., 2001; Dornish, 2002; Dornish e Land, 2002; Hill e Land, 2003). Ripartendo dalle critiche mosse da vari autori alla scolarizzazione (Brown et al., 1989; Resnick, 1987; Whitehead, 1929), la proposta del gruppo di ricerca guidato da Ann Brown (Brown, Ash, Rutherford, Nakagawa, Gordon, & Campione, 1993) si orienta verso una comunità di discenti, dove gli studenti sono incoraggiati a impegnarsi in un apprendimento auto-riflessivo e in una indagine critica nella quale essi diventano responsabili in qualche misura di fronte alla comunità, per la definizione della loro stessa conoscenza e competenza. Gli studenti e gli insegnanti "creano intenzionalmente "zone di sviluppo prossimale" disseminando il contesto di idee e di nozioni che essi ritengono importanti e raccogliendo quelle che "hanno attecchito" nella comunità. I partecipanti sono liberi di appropriarsi del vocabolario, delle idee, dei metodi, e così via, che all'inizio appaiono come parte del discorso condiviso, e con l'appropriazione trasformano queste idee attraverso l'interpretazione personale" (Brown et al., 1993). Trova quindi applicazione quanto sostenuto da Whitehead già nel 1929, ovvero che "la cultura è attività del pensiero e recettività della bellezza e del sentire umano". Nel processo multidirezionale di appropriazione, gli studenti di tutte le età e di tutti i livelli di competenza e interessi seminano l'ambiente di idee e conoscenze di cui i differenti studenti si appropriano a livelli diversi. I ragazzi possono partecipare a un'attività che è più complessa di quella che essi possono comprendere, producendo "prestazione prima di competenza", per usare una frase di Cazden (1981). Infine, attraverso le strutture dialogiche di partecipazione, il significato è negoziato e rinegoziato costantemente in modo reciproco e in molteplici modi dai membri della comunità. Sostanzialmente, le strutture di partecipazione sono cinque. Tre sono le attività di piccolo gruppo: l'"insegnamento reciproco", il *jigsaw*, la "scrittura guidata". Vi sono poi le "lezioni introduttive" e l'attività di "scambio". Guardiamole specificamente.

- o L'"insegnamento reciproco" (*reciprocal teaching*): il *reciprocal teaching* (RT) viene adottato come metodo per promuovere la "metacognizione" durante la lettura, la soluzione di problemi matematici e l'apprendimento in scienze. I seminari di RT funzionano così: in un gruppo di lavoro (di circa sei membri) si guida a turno la discussione su un articolo, su un video, o su altro materiale che tutti devono capire ai fini della ricerca. Il procedimento è costituito dall'applicazione ciclica di quattro strategie cognitive praticate dai componenti del gruppo a segmenti di testo successivi. Le strategie sono: porre domande, riassumere il nocciolo dell'argomento, chiarificare se vi sono dei problemi e fare predizioni sul contenuto successivo. Queste strategie hanno il potere di sollecitare la discussione poiché sono eccellenti strumenti di comprensione-monitoraggio. Il *reciprocal teaching* provoca, infatti, zone di sviluppo prossimale dove trovano sostegno lettori di capacità differenti. Benché alcuni membri del gruppo possono non essere del tutto capaci di partecipare completamente, esteriorizzare il pensiero sotto forma di discussione consente ai principianti di apprendere dai contributi di coloro che sono più esperti (Jenkins et al., 1994; Bishop, 1997; Gaskins et al., 1997; Benasayag e Schmit, 2005). Inoltre, lo sforzo collettivo di trovare il consenso sul significato permette di portare a termine il compito, che è leggere per comprenderne il significato. In questo modo "il compito è semplificato attraverso il supporto sociale dato da una varietà di competenze e non attraverso la scomposizione del compito in abilità fondamentali" (Brown, Metz e Campione, 1996, p. 173).

- Il *jigsaw* (Aronson, 1978) è una modalità di apprendimento cooperativo. Il modello originario di Aronson è stato adattato per il contesto di lezioni di scienze, dove gli studenti possono fare una ricerca collaborativa e successivamente condividere con gli altri la competenza acquisita (Venza, 2007). La tecnica *jigsaw* prevede che agli studenti vengano assegnate parti (diverse, non consequenziali) di un argomento da apprendere, che verranno insegnate agli altri in un secondo momento attraverso il *reciprocal teaching* guidato (Polito, 2003). Gli studenti sono parzialmente responsabili della progettazione del loro *curriculum* perché, al momento opportuno, dovranno guidare (fare da *leader*) il seminario di apprendimento del loro sotto-argomento attraverso l'insegnamento reciproco (Di Nubila, 2005). In questo modo la scelta del *leader* non è casuale, ma fondata sulla competenza. In ogni gruppo di apprendimento, ciascun ragazzo è esperto (*leader*) di qualche parte del materiale, lo insegna agli altri e prepara le domande per il *test* che tutti dovranno eseguire al termine dell'unità (Maimone, 2007).
- La "scrittura guidata" (*guided writing*): è l'attività nella quale gli studenti si preparano alla fase di insegnamento agli altri e di presentazione della propria conoscenza (Orefice e Sarracino, 2004). Essi producono testi scritti illustrati, componendo al *computer* in piccoli gruppi. Questi testi passano attraverso molte revisioni, alcune delle quali guidate da qualche esperto (l'insegnante di classe, un ricercatore esterno o anche uno studente più anziano). La guida aiuta a mantenere un livello più elevato nel discorso usando domande orientate a evidenziare lo scopo del lavoro e la sua efficacia, come ad esempio: "Ritieni che il lettore comprenda questo testo?" "Stai usando parole tue?" "Qual è il punto centrale di questo paragrafo?" "Ci sono delle informazioni che mancano al lettore per comprendere ciò di cui parli?" Questo *modelling*, a lungo andare, porta i bambini a interiorizzare delle strategie di autorevisione (Johnson et al., 1996; Alvermann, 1999).

Due sono le attività che coinvolgono collettivamente la classe:

- Le "lezioni introduttive" (*benchmark lessons*): ogni ciclo di ricerca, che dura circa 10 settimane, viene introdotto e punteggiato da lezioni d'impostazione (*benchmark lesson*) di un visitatore esperto (o dell'insegnante stesso) con una discussione, che ha lo scopo di sollecitare ciò che gli studenti già conoscono sull'argomento e ciò che piacerebbe loro sapere, oppure allo scopo di introdurre un nuovo concetto alla comprensione del quale i ragazzi sembrano essere 'pronti', oppure ancora per fornire ai ragazzi il mosaico di connessione tra i sotto-argomenti che formano un *jigsaw* (Agosti, 2006). In effetti, tipi diversi di lezioni di *benchmark* servono a obiettivi cognitivi diversi, in momenti diversi: spingere gli studenti verso livelli più elevati di astrazione, cogliere relazioni di ordine superiore, immergere la competenza acquisita in una nuova concettualizzazione dell'argomento di studio, o riassumere ciò che si conosce e ciò che occorre ancora scoprire e quindi aiutare gli studenti a stabilire gli obiettivi di apprendimento che guideranno il successivo stadio di ricerca (Guasti, 2002).
- L'attività di "scambio" (*crostalk*): ha luogo verso la fine del ciclo di ricerca, è stata progettata e condotta dagli stessi studenti (Brown & Campione, 1994). L'idea deriva dall'esperienza che insegnare agli altri è un potente *test* di comprensione e dalla necessità, perciò, di fornire delle occasioni *in itinere* – cioè, prima di concludere il ciclo di ricerca – per verificare la qualità della conoscenza che si sta acquisendo (Kagan, 2000). Per questo gli studenti stessi hanno progettato degli scambi di informazioni tra i gruppi che prevedono domande su fatti, chiarificazioni o approfondimenti (La Prova, 2008). Gli studenti registrano le mancanze di conoscenza o di spiegazioni ulteriori e usano questi indicatori come base per la fase terminale del turno di ricerca (Comoglio, 2000). Questo scambio reciproco tra i gruppi fornisce un *test* di comprensione per ciascun altro (Johnson e Johnson, 2005; Pavan e Ellerani, 2005).

La "meta cognizione" è un termine per indicare la capacità di controllare i propri processi di pensiero, la percezione della necessità di ulteriori informazioni per la comprensione di un fenomeno e la riflessione su ciò che si è imparato (Brown, Bransford, Ferrara, & Campione, 1983; Brown, 1987).

Riguardo agli aspetti organizzativi, si focalizza l'attenzione sulla "*leadership* distribuita" (Bellandi, 2006). La *leadership* si inserisce in questo contesto e mira ad attivare i meccanismi, le dinamiche e le potenzialità di cui il gruppo esprime la necessità. Ecco allora che cambia la prospettiva e diventa più sensato parlare di *leadership* come funzione e non più solo come ruolo. Non si tratta più di una singola persona che, mettendosi a capo di un gruppo, cerca di rispondere a tutte le richieste dei componenti, ma del gruppo che, per dare voce a una serie di aspettative e bisogni, sviluppa al suo interno delle funzioni (Johnson e Johnson, 2005). Tali funzioni tendono a garantire non solo sopravvivenza e sviluppo, ma anche efficacia in termini organizzativi, mentali, operativi, comunicativi e di clima. Per il *cooperative learning* quindi la *leadership* può essere svolta da più persone, ognuna delle quali provvede a specifiche funzioni. L'obiettivo formativo di questo metodo di

gestione dei gruppi diviene quello di far apprendere progressivamente a ciascun componente le competenze - cognitive e sociali - che permetteranno al gruppo di operare in maniera efficace. In questo modo è il gruppo stesso che dà forma al proprio stile di *leadership*. Ciò però non è in contrasto con la possibilità di avere un responsabile o un coordinatore come figura ufficiale che, anziché inglobare su di sé tutte le funzioni, se ne assume solo alcune, contribuendo a migliorare l'efficacia dell'intero gruppo. Riassumendo, la *leadership* distribuita viene tradotta fattivamente con una serie di funzioni e azioni che rispondono a due precisi obiettivi del gruppo: raggiungere gli obiettivi prefissati e mantenere un buon clima di gruppo.

Sono riconducibili al primo obiettivo le seguenti funzioni:

1. esporre nuove idee, portare suggerimenti, fornire informazioni;
2. cercare informazioni e opinioni (questa funzione è complementare alla precedente);
3. orientare il lavoro di gruppo e attribuire i ruoli (esercitano tale tipo di funzione quegli interventi che richiamano il gruppo all'organizzazione e pianificazione del lavoro);
4. riassumere (dopo un certo numero di interventi è necessario infatti coordinare e sintetizzare un insieme di idee o di interventi in modo che sia più facile per tutti riformulare l'argomento in discussione o trovare consenso sulla definizione da dare al problema; tale funzione è molto importante per evitare incomprensioni o fraintendimenti);
5. stimolare l'approfondimento dell'argomento o aprire nuove prospettive (per eludere il pericolo che il gruppo tratti con superficialità o fretta qualche aspetto del lavoro o tema in discussione, è utile che qualcuno assuma il ruolo di stimolare il gruppo a non distrarsi e a esaminare tutti gli aspetti e le prospettive possibili);
6. controllare il livello di comprensione dei membri.

Sono riconducibili al secondo obiettivo le seguenti funzioni:

1. incoraggiare la partecipazione (il timore di aprirsi, di essere giudicati o valutati, oppure di non avere le idee chiare può scoraggiare la partecipazione di qualche membro al lavoro di gruppo);
2. facilitare la comunicazione (agevolano la comunicazione tutti quegli interventi che introducono chi è estraneo o chi è stato momentaneamente distratto, che promuovono lo scambio di idee e attenzione fra i membri del gruppo, ma soprattutto facilitano la comprensione reciproca);
3. sollevare da tensioni (l'attenzione, la preoccupazione e l'interesse a svolgere bene il compito può portare il gruppo a impegnarsi con troppa serietà; occorre trovare dei mezzi per ridurre il livello di tensione);
4. osservare il processo (migliora il lavoro del gruppo la presenza di qualche membro che osserva e valuta come si lavora insieme; si può intervenire per migliorare il modo di comunicare, di ascoltare, di argomentare, di darsi la parola, di esaminare un problema, di pianificare una decisione o la realizzazione di un progetto);
5. risolvere problemi interpersonali (il conflitto occorre naturalmente all'interno di una discussione; se le persone che sono in conflitto non sono in grado di affrontarlo in modo costruttivo, altri possono intervenire per risolverlo);
6. mostrare accettazione dei membri ed elargire riconoscimenti (il sentire che il proprio intervento è stato accolto come significativo e importante ha una grande influenza sulla partecipazione).

Con la *leadership* distribuita la responsabilità passa da una a molte persone e si forma una corresponsabilità nella gestione del gruppo.

Emerge chiaramente da tutto quanto suesposto che la transdisciplinarietà quale elemento cardine del metodo di apprendimento cooperativo possa essere di grande utilità nell'affrontare le situazioni di disagio globalmente inteso vissute dai soggetti con disabilità di vario genere, traendo da ognuno di loro il meglio delle potenzialità in un clima organizzativo favorevole (Palincsar e Brown, 1984; Delpit, 1988; Gallimore e Tharp, 1990; Brown et al., 1993; Jenkins et al., 1994; Meloth e Deering, 1994; Kamps et al., 1995; Johnson et al., 1996; Bishop, 1997; Gaskins et al., 1997; August e Hakuta, 1998; Pressley, 1998; Seymour et al., 1998; Stone, 1998; Alvermann, 1999; Guthrie e Alvermann, 1999; Kamhi e Catts, 1999; Land e Greene, 2000; Graham e Harris, 2001; Dornisch e Land, 2002; Bertazzi, 2003; Ge e Land, 2004; Orefice e Sarracino, 2004; Benasayag e Schmit, 2005; Pavan e Ellerani, 2005; La Prova, 2008; Bertozzi, 2009; Borgese, 2010). La metodologia appare particolarmente indicata nei gruppi di *cooperative learning* dedicati alla lettura come strategia di integrazione per studenti con disturbi del comportamento, specie nel caso dell'autismo (Kamps et al., 1995).

Essa può essere di notevole ausilio anche per le principali malattie neurologiche, che costituiscono la principale causa di disabilità nel mondo e la cui gravità aumenta con l'avanzare dell'età. E' importante poterle riconoscere tempestivamente e attuare tutte le strategie terapeutiche e riabilitative atte a limitare il danno funzionale che da esse deriva e la conseguente perdita di autonomia dei pazienti. Attualmente esse rappresentano un'importante sfida di salute pubblica, dato il loro impatto sulla qualità di vita dei pazienti e gli elevati costi sanitari necessari per fronteggiarle. L'aumento dell'aspettativa di vita e la contemporanea riduzione dell'indice di natalità e di mortalità hanno conseguenze rilevanti non solo sul piano sociale ed economico, ma anche in termini di incidenza e prevalenza delle patologie e sull'organizzazione del sistema sanitario nazionale. Infatti, l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico-degenerative e invalidanti determina, insieme a fattori socio-ambientali, quella "fragilità" e diminuzione dell'autosufficienza comuni in questa fascia di popolazione. L'invecchiamento della popolazione tende a determinare un aumento macroscopico della prevalenza e dell'incidenza di malattie neurologiche - in particolare demenza e *stroke*, ma anche il morbo di Parkinson e la sclerosi multipla, nonché lo stato vegetativo persistente - e con esse si ha un incremento notevole della disabilità. Ad avvertire tale situazione su di sé sono non solo le persone giovani e adulte vittime di gravi incidenti che residuano con gravi disabilità o le persone con malattie genetiche (pensiamo solo alle diverse malattie neuromuscolari) che hanno raggiunto un'aspettativa di vita impensabile solo fino a venti anni fa, ma anche soggetti con gravi disabilità "psico-fisiche", per le quali i progressi della medicina - e non solo - hanno portato ad un allungamento di vita insperato. Tanto che oggi la questione dell'invecchiamento (e delle patologie correlate) si pone sempre più all'interno dei servizi diurni e residenziali per le persone con disabilità (Caltagirone, 2010). L'Università di Roma Tor Vergata - IRCCS S. Lucia ha ideato e realizzato, sotto la guida del Prof. Carlo Caltagirone, diverse applicazioni della Neurologia classica a concetti e approcci innovativi, che pongono la Neuroriabilitazione all'avanguardia. Si riporteranno qui di seguito sinteticamente le principali in relazione all'argomento trattato. Si pone in rilievo innanzitutto un programma formativo intitolato *e-Learning in Neuroriabilitazione - Focus sul miglioramento della qualità della vita nelle persone anziane e disabili*. Il razionale e l'obiettivo sono fondati sull'assunto secondo il quale la riabilitazione neuromotoria e cognitiva rappresenta oggi un argomento di grande interesse ed in espansione a causa dell'incremento del numero di persone che necessitano di questo tipo di trattamento. L'invecchiamento della popolazione, infatti, caratterizzato da un prevalente aumento della componente più anziana, ha comportato un profondo cambiamento dei bisogni assistenziali in rapporto ad un sensibile aumento di soggetti malati cronici e disabili. Oggi la disabilità rappresenta un fenomeno di vaste dimensioni: negli USA, circa 35 milioni di persone presentano una disabilità mentale o fisica che interferisce con le attività della vita quotidiana. In Italia, secondo l'indagine dell'ISTAT 1999-2000, sono circa 2.700.000 le persone disabili, pari al 5% della popolazione. Inoltre, in questa popolazione molto spesso la disabilità è determinata dalla contemporanea presenza di un disturbo motorio e di uno cognitivo. Questo imponente fenomeno rappresenta ormai una realtà che non può essere affrontata solo con i tradizionali sistemi di cura ma che deve avvalersi dell'impiego delle nuove conoscenze in campo tecnologico. È necessario che gli specialisti che lavorano in questo settore siano continuamente aggiornati sulle nuove scoperte e sulle nuove indicazioni di trattamento, che in questo ambito sono in continua evoluzione. Il progressivo svilupparsi delle cosiddette "nuove tecnologie" ci ha aperto nuovi orizzonti. L'obiettivo del progetto è, quindi, fornire al personale specializzato nella riabilitazione cognitiva e motoria la formazione e l'aggiornamento continuo per offrire, alle persone anziane e disabili, una terapia riabilitativa mirata a migliorare globalmente la loro qualità della vita attraverso il massimo recupero possibile delle capacità sia fisiche sia cognitive che le condizioni oggettive di ciascun individuo consentono. Il Laboratorio di neurologia clinica e comportamentale è poi impegnato in attività di ricerca scientifica volte a indagare le alterazioni delle funzioni cognitive in soggetti portatori di danni al sistema nervoso centrale. L'attività del laboratorio interessa un ampio spettro di disturbi cognitivi, di patologie neurologiche e di metodiche di indagine. Tale varietà di interessi è rispecchiata dalla presenza al suo interno di numerose linee di ricerca, affidate a singoli responsabili sotto la supervisione del Prof. C. Caltagirone. Al loro interno si nota quella denominata Tecnologie per l'Assistenza, incentrata sull'applicazione di nuove tecnologie - in particolare di Intelligenza Artificiale - per sviluppare strumenti indirizzati alle persone con disabilità. Il lavoro dei ricercatori ha come principale obiettivo quello di prospettare soluzioni innovative per migliorare l'autonomia di persone affette da deficit motori e cognitivi. Essi si occupano inoltre di sperimentare soluzioni efficaci per la gestione e l'integrazione dei dati clinici sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza è possibile. La disponibilità di sistemi integrati e cooperativi consente lo sviluppo di nuove strade per l'autonomia, com'è dimostrato per esempio dalla "carrozzina intelligente". Nel corso del XV Convegno Nazionale della Società Italiana di Neurogeriatria (SINeG) è stato infatti presentato il prototipo di una innovativa carrozzina in grado di interagire in maniera razionale con gli utenti affetti dalla malattia di Alzheimer e dalle altre forme di demenze. Il progetto di ricerca italo-spagnolo è stato sviluppato dal team medico del Prof. Carlo Caltagirone, Presidente SINeG e Direttore Scientifico dell'Irccs Fondazione Santa Lucia di Roma (Ospedale ad alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria), in collaborazione con il gruppo di ricercatori di intelligenza artificiale diretto dall'Ing. Ulisses Cortès dell'Universidad Politecnica De Catalunya (Upc) di Barcellona. L'Irccs Fondazione Santa Lucia, che ha 300 pazienti di cui circa il 70 % colpiti da ictus cerebrale e demenza ed affetti da disturbi motori e conoscitivi, ha avviato questo programma sperimentale per ridurre la loro disabilità; la collaborazione ha spinto due *team* ad ideare una innovativa carrozzina intelligente. L'Ing. Cortès ha dichiarato che gli obiettivi del progetto sono stati fornire assistenza ai cittadini affetti dalle varie forme di disabilità: migliorandone l'autonomia, la sicurezza ed in generale la qualità della vita, ad esempio facilitandone i contatti sociali. Non è fantascienza, ma alta tecnologia. Non è un sogno, ma qualcosa di realmente esistente. La carrozzina intelligente è dotata di apparecchiature che permettono simultaneamente: la conduzione da parte del passeggero come una normale carrozzina elettrica, la correzione della macchina agli errori dell'utente ed infine la guida a distanza da parte dei medici. In pratica, per mezzo di sofisticati *software*, la carrozzina è in grado di interpretare le intenzioni del paziente, impedendogli in caso di mancanza di lucidità di commettere errori pericolosi come andare contro ostacoli o ad esempio imboccare una rampa di scale. Le strumentazioni della carrozzina hanno naturalmente uno scopo riabilitativo e forniscono ai medici tutti i tracciati dell'interazione tra utente e macchina, permettendo a neurologi e geriatri di analizzare la durata dei momenti di lucidità dei pazienti, valutandone i miglioramenti o i peggioramenti. Il prototipo, in questa prima versione (di cui è possibile vedere una foto in allegato), è dotato di un sistema di GPS (*Global Positioning System*) che permette alla macchina stessa e ai medici di sapere in ogni momento dove si trova. Il primo esemplare, cui ne seguiranno certamente altri, è costato circa 130mila Euro di strumentazioni ed è stato testato con successo presso l'Irccs Santa Lucia, dove è stata compiuta una passeggiata di prova nell'ampio parco. "Questo risultato - ha affermato l'Ing. Cortès - è stato possibile solo grazie alla cooperazione tra medicina e ingegneria, una sinergia importante che in futuro deve essere assolutamente rafforzata". Il progetto è attualmente al vaglio dell'Unione Europea per la concessione di un finanziamento; il Prof. Caltagirone ha affermato infatti che se in un primo momento le applicazioni di questa tecnologia saranno interne agli ospedali, in futuro non è difficile immaginarne un uso anche esterno.

“Considerando il rapporto fra *handicap* e nuove tecnologie, si è sovente condotti a valutare le tecnologie informatiche meri strumenti per recuperare o compensare qualcosa che manca. Quanto enunciato indica una concezione riduttiva e in particolar modo poco rispettosa della dignità della persona. Non si tratta infatti soltanto di integrare la persona con disabilità nella società civile, inserendola meccanicamente in ruoli e posizioni preconfezionate, ma di operare una autentica inclusione. La società civile fin dall'origine pensa se stessa e le proprie regole guardando ai soggetti che la compongono, senza distinzioni, essendo tutti parte integrante del tessuto sociale. Non è solo allora questione di rendere la persona con disabilità autonoma e indipendente, ma di mettere la responsabilità al servizio dell'autonomia: ognuno di noi è parte di un futuro condiviso, consapevole dell'importanza delle proprie scelte. Responsabilità significa che non si può contare solamente su se stessi, né solamente sugli altri, né tantomeno sulle sole virtù degli ausili” (Battistelli, 2010).

La “società estesa” potrà allora costituire il reale passaggio dalla società industriale alla società digitale solo se sarà in grado di determinare un'organizzazione sociale centrata sulla valorizzazione delle scelte e sulla diffusione della conoscenza (*knowledge society*). Sarà quindi possibile assistere al crearsi di forme di aggregazione di cittadini e operatori coinvolti in specifiche aree tematiche, le *e-communities* (Schitai, 2004; Ruta, 2006; Smedley, 2008; Percy e Murray, 2010; Nambisan et al., 2010; Montiel-Overall, 2010; Bae Brandtzaeg et al., 2010; Sharpe e Mackness, 2010; Bessis et al., 2011; Bortoli et al., 2011; Brouns et al., 2011; Kuzma et al., 2011; Games e Bauman, 2011; Bae Brandtzaeg e Heim, 2011). Emerge chiaramente che, per guidare l'istruzione basata sul *web* e per sviluppare il potenziale di chi appartiene alle comunità *online*, è richiesto un modello di istruzione fondato sulla competenza culturale. Al fine di affrontare tale esigenza è proposta una cornice di competenza culturale, che incorpora considerazioni culturali con tre domini: cognitivo, interpersonale e ambientale e fornisce una guida per designare e utilizzare l'istruzione basata sul

web (Montiel-Overall, 2010). E' stata esplorata la relazione esistente fra tre distinte dimensioni del capitale sociale (collegamenti, legami fra pari, vincoli familiari) nei siti dei *social networks* (SNSs). Ci si è chiesti quale natura delle relazioni sociali venisse richiesta da chi utilizza i siti dei *social networks* e l'uso dei nuovi siti dei *social networks* contribuisca ai legami familiari (Bae Brandtzaeg et al., 2010). Uno studio esplorativo effettuato da parte del Centre for Health Enhancement Support Studies presso l'Università del Wisconsin-Madison negli Stati Uniti d'America ha esaminato l'impatto della socialità dei pazienti e l'esperienza di usabilità in una comunità di salute *online* e il loro impatto sul loro atteggiamento verso l'organizzazione dei servizi sanitari a cui afferisce la *e-community*. I risultati dello studio validano l'ipotesi e mostrano come sia importante per ogni organizzazione dei servizi sanitari valutare la socialità dei pazienti e l'esperienza di "usabilità" nelle sue comunità di salute *online*, poiché l'esperienza può influire sull'atteggiamento verso l'organizzazione sanitaria e i servizi da essa offerti (Nambisan et al., 2010). Viene offerta una cornice di politica sanitaria per esplorare come gli Stati possano agire per eliminare le disparità indirizzando l'accesso all'assistenza sanitaria e la sua qualità, l'attenzione alle infrastrutture pubbliche, l'*empowerment* del paziente e della comunità, la strutturazione delle politiche statali e i determinanti sociali e di salute (Smedley, 2008). Si sostiene la necessità di un paradigma decentralizzato per i *social networks*, in cui gli utilizzatori mantengono il controllo del proprio profilo e i siti dei *social networks* focalizzano l'attenzione su servizi innovativi e competitivi. In questo ambiente sia i siti dei *social networks* che i loro utilizzatori saranno in grado di sviluppare il loro pieno potenziale. Tale traguardo può essere raggiunto mediante una combinazione di tecnologie e strumenti *web* di natura semantica, superando la difficoltà fra la gestione e le applicazioni dei *social networks* (Bortoli et al., 2011). L'estrema complessità creata dall'evoluzione tecnologica, economica e sociale in corso indica una "terza" e nuova dimensione della catena del valore aziendale: quella del "valore" o meglio dei "valori estesi"*; la cui condivisione e riconfigurazione in una logica di matrice istituzionale diviene fondamentale per la creazione del valore aggiunto sociale all'interno di una nuova "catena del valore estesa", che supera i "confini" tradizionali esistenti tra mondo aziendale, mondo individuale, mondo sociale e mondo istituzionale (Ruta, 2006).

A tal fine è appunto necessario giungere alla "transdisciplinarietà", caratterizzata dall'arricchimento grazie al metodo della condivisione, all'uso di un linguaggio comune, all'apertura mentale, all'ottica di rete (Previtera, 2010). Ciò è vero nella sanità come nella scuola. La disabilità è infatti un settore di disagio sociale estremamente diffuso, dove spesso regna il vuoto di risposte e possibilità sociali di intervento, ambito all'interno del quale si muovono differenti figure professionali, le quali propongono tutte un approccio parziale, settoriale, una visione chiusa, spesso stritolata dalla impostazione accademica, ricevuta nel corso della formazione, ad ognuna di queste professioni: lo psicologo, i medici, gli assistenti sociali, gli infermieri, gli educatori e via dicendo. Il *counseling* applicato alla disabilità fisica e mentale vuole proporsi come ulteriore risposta alle esigenze di questo ampio settore della popolazione, una risposta che non si va ad assommare con le precedenti, ma che le comprende, le gestisce, parlando le diverse lingue attraverso cui si forma. Il parziale e scarso interesse teorico e pratico per questa categoria applicativa del *counseling* sembra derivare da quella distinzione accademica tra *counseling* e psicoterapia, che punta l'attenzione sul substrato, sul quale la relazione di aiuto vuole intervenire: se l'individuo è psicopatologico allora c'è bisogno di psicoterapia, se l'individuo non è ancora, non è proprio patologico allora si può intervenire con il *counseling*. Questa rigida dicotomia tende a fare del *counseling* un sotto-intervento della psicoterapia che esclude, a priori, un possibile intervento con individui con psico-patologie, quindi elimina di principio la possibilità teorica di riflettere sul bisogno di *counseling* del disabile. La via di uscita è quella dell'osservazione delle emozioni, dei copioni e dei sentimenti sperimentati dal soggetto in se stesso e nella relazione con gli altri. Emozioni e sentimenti accomunano tutti gli esseri umani e sono le componenti fondamentali dei vissuti, dunque socializzabili e passibili di interpretazione cognitiva. Possono naturalmente essere portati alla luce, discussi, orientati e modificati. L'esclusione dell'analisi delle emozioni e dei sentimenti dal processo di integrazione del portatore di *handicap* è dovuto ad una diffusa inibizione nell'espressione sia degli insegnanti e degli operatori che dei genitori che degli alunni e persone disabili in genere. Tale inibizione produce processi educativi perversi: i genitori dei normodotati tendono ad impedire che i loro figli siano esposti a situazioni emozionali che li possano eccessivamente "impressionare" o "turbare", dimenticando che la principale risorsa di un essere umano per fronteggiare le difficoltà della vita è quella di una robusta e aperta gestione dei propri vissuti. In tal senso l'atteggiamento diseducativo degli adulti si maschera, inconsapevolmente, di una ideologia di protezione dei normodotati nei confronti delle emozioni prodotte dal rapporto con il portatore di *handicap*. Ricontriamo ciò particolarmente nel mondo della scuola. L'ideologia

si struttura infatti in argomentazioni, anche complesse e fondate, sul ritardo complessivo della classe nell'apprendimento delle discipline e sulle difficoltà che i normodotati incontreranno in sede di verifica a causa di tali ritardi, sul clima di difficili rapporti nella classe, sui disturbi comunicativi e sulle prestazioni. Progettare un percorso di inserimento deve invece fondarsi su due processi opposti ai precedenti: da un lato l'espressione delle emozioni e la costruzione di sentimenti, dall'altro la pratica degli spazi educativi possibili. Il primo processo, attuato in assenza o in presenza del portatore di *handicap* a seconda delle opportunità più adeguate, è la discussione nel gruppo classe delle emozioni che il disabile suscita nei diversi ragazzi con libera espressione, anche di emozioni negative quali la paura, il disgusto, la rabbia, il senso di impotenza, il distacco, etc. Il secondo percorso è quello di assimilare le forme di comportamento del disabile ai comportamenti sociali diffusi, distinguendo tra le sue difficoltà oggettive e le sue potenzialità non sfruttate e rendendo l'intera classe partecipe dei suoi risultati e dei suoi insuccessi, con ampio spazio alla comprensione, alla critica ed al confronto (Masini e Masini, 2008).

Un esempio di applicazione pratica di tali concetti si riscontra in uno spettacolo teatrale musicale dal titolo "Handishow", promosso dalla Cooperativa sociale Virtual Coop e ospitato dallo spazio Estragon all'interno della Festa dell'Unità, che ha avuto luogo l'8 settembre 2011 a Bologna. La disabilità non è un ostacolo: questa è l'idea di base. Dal margine al palcoscenico: persone abili e disabili, conosciute o meno hanno animato la serata. La Virtual Coop, che si occupa dal 1996 dell'inserimento dei lavoratori portatori di *handicap*, questa volta ha focalizzato l'attenzione sulla musica. "La nostra missione - dichiara Maurizio Cocchi, presidente di Virtual Coop - è promuovere artisti professionisti al di là della disabilità". Da qui l'idea di far pagare un biglietto d'ingresso (12 Euro). "Non vogliamo soltanto impiegare il tempo, ma dare un contributo alla società - continua -. Quello che possiamo fare con Handishow è farvi divertire". Novità: è questa la parola a cui gli organizzatori hanno voluto puntare per promuovere un'iniziativa che non vuole collocarsi soltanto nell'ambito del sociale, ma che si indirizza anche al culturale. "Vogliamo smontare la visione del disabile come soggetto in disparte - spiega Clinio Occhi, responsabile dell'organizzazione - e invitato esclusivamente in situazioni protette". "Handishow" è uno spettacolo particolare che gli organizzatori sperano di poter riproporre anche in futuro. "Volevamo metterci alla prova con un progetto ambizioso - spiega Marcello Cominelli, tra gli organizzatori - che ha tutte le carte in regola per diventare un appuntamento fisso da ripetersi negli anni".

Altro esempio è rappresentato dall'associazione "Alumni AT", che riunisce dal 2007 gli ex-allievi del Master in "Assistive Technology – Ausili per l'Utenza Ampliata" (www.ing.units.it/bca) della Facoltà d'Ingegneria dell'Università di Trieste e del Consorzio Universitario di Pordenone. Sono ormai numerosi gli allievi che desiderano rimanere in contatto per scambiarsi informazioni ed esperienze nel settore dell'Assistive Technology. Questo Master universitario, interdisciplinare nelle sue aree di studio, confronta le esperienze e la ricerca più avanzata (italiana ed estera) e valuta le nuove tecnologie sia relativamente al mercato che alla qualità della vita per anziani e disabili. Caratteristiche peculiari del Master sono l'impartire le più aggiornate conoscenze tecnico-teoriche; l'affrontare concretamente le tecnologie assistive; l'avvalersi di docenti italiani ed esteri provenienti dal mondo universitario, dalla ricerca scientifica e dalla realtà economico-produttiva; il prevedere la possibilità di effettuare *stage* (facoltativi) presso aziende, enti di ricerca, istituti universitari. "Fra gli scopi di questa iniziativa – spiega la Dott.ssa Fiorenza Scotti, vicedirettore del Master – c'è quello di creare nuove figure professionali, come ad esempio quella del *disability manager*, esperto con competenze interdisciplinari in grado di progettare, sperimentare e valutare gli ausili per l'utenza ampliata e quello di fornire un aggiornamento professionale." "Inoltre sempre più spesso accade che il progetto formativo del Master" – aggiunge la Dott.ssa Scotti – "comporti ricadute pratiche delle nuove acquisizioni tecnologiche anche per un pubblico più ampio. Per esempio si è studiato come rendere accessibile anche ai disabili motori il sentiero Josef Ressel di Basovizza e come progettare una piscina accessibile a tutti". Riguardo ai contenuti, il Master, rifacendosi all'approccio "*design for all*", raccomandato dalla Commissione europea, tratta ogni tipo di tecnologia e prodotto in grado di facilitare la vita indipendente, ovvero considera la domotica, la sicurezza, il *design* degli ausili, la robotica per l'assistenza personale, la mobilità, la comunicazione, l'accessibilità dei siti Internet, le protesi e il nomenclatore tariffario, i mezzi per lo sport, la teleassistenza. Per quanto attiene ai destinatari, le lezioni del Master sono in gran parte in *e-learning* (fruibili quindi individualmente) e le attività in presenza (lezioni frontali, laboratori, visite a centri di ricerca e ausilioteche, etc.) sono obbligatorie per cinque giornate (a scelta) e si svolgono solo in alcuni fine settimana per favorire coloro che hanno impegni lavorativi. Il corso si rivolge ad architetti, assistenti sociali, economisti, fisioterapisti, formatori professionali, informatici, ingegneri, insegnanti (non solo di sostegno), medici

specialisti, progettisti, operatori dei servizi universitari riservati ai disabili, psicologi, terapisti occupazionali, *tutor* con interessi specifici nel settore degli ausili.

Nelle lezioni conclusive del corso “Fede, volontà, destino”, tenuto presso l’Università Vita – Salute S. Raffaele di Milano nell’A.A. 2005-2006, Emanuele Severino afferma che “ciò di cui il linguaggio parla, quando vuole testimoniare la verità, è “già” manifesto ovunque sia un apparire del mondo. Il “destino” appare ovunque ci sia un ascolto. Ma parlare della verità significa alterarla” (Severino, 2006).

Il caso ci offre a volte esempi inattesi e concreti a convalida delle nostre astrazioni. Franco Basaglia, al quale nel corso di un’intervista avevano posto la domanda: “Che cosa farebbe se il *black-out* (l’improvviso oscuramento totale che allora colpì New York) capitasse a casa sua?”, rispose: “Accetterei il buio e organizzerei la situazione. Mi metterei cioè a fare insieme con altri un’attività giusta per il buio”. Questo risuona come una di quelle espressioni emblematiche capaci di aprire porte ad ogni livello. Una specie di “Apri Sesamo” universale. Forse l’intervistato non si è reso conto di aver impartito un insegnamento eccezionalmente concreto e al tempo stesso di una portata che supera immensamente il caso specifico che l’ha provocato. A ciascuno di noi la facoltà di sostituire “il buio” con situazioni ben diverse da quelle create da una semplice interruzione di corrente (infermità, insuccesso, vecchiaia, etc.) e di chiedersi “Sarei io capace di assumere, di ricreare?”.... Il che equivale a dire “Sono io disposto a vivere oppure a ‘essere vissuto’ ?” (Baggio, 1998).

CONCLUSIONI

Einstein sosteneva che “non si può risolvere i problemi con lo stesso approccio che li ha generati” e oggi i fatti ci spronano a cambiare. Ciò vale per la vita quotidiana vissuta in ogni suo aspetto, laico o religioso.

“Comportamenti sconcertanti o linguaggi scardinati, ipocrisie e sincerità nascoste creano incomunicabilità fra le generazioni. Figli apparentemente sereni che nascondono insoddisfazioni e rifiuti e figli con atteggiamenti ribelli, ma capaci di generosità e disponibilità: due tipi diversi di risposta all’invito che Dio rivolge a tutti, di andare “a lavorare nella vigna”. La voce di Cristo richiama alla conversione e all’impegno sia il figlio che è rinchiuso nel formalismo e nel vuoto interiore, nascondendo ostilità, vergogne e menzogne, chiamato a riassumere il “sì” vero, sia il figlio ribelle, purchè percorra strade nuove e si liberi dei “no” reali e apparenti. C’è per ognuno di noi un invito a credere nell’uomo nonostante tutto, a scommettere nelle possibilità di ciascuno, anche se a volte i nostri occhi vedono solo una dignità venuta meno a causa del peccato, ma che mai spegne l’amore di Dio, ad accettare il messaggio di Cristo, ad avere i suoi stessi sentimenti, Egli che è stato l’uomo del “sì” radicale, senza ripensamenti e dubbi” (Di Stefano A., 2011).

“Vivere rapporti di interdipendenza fa entrare in situazioni di fragilità, non di forza e nemmeno di debolezza. E’ dentro situazioni di fragilità che si scopre che nessuno può salvarsi da solo, che dipendiamo uno dall’altro, e che questa dipendenza non è un limite alla nostra libertà. La fragilità diventa la condizione per realizzare delle possibilità” (Benasayag e Schmit, 2005).

A Marco Polo che sta descrivendo un ponte, pietra per pietra Kublai Khan chiede: “Ma qual è la pietra che sostiene il ponte?” “Il ponte” – risponde Marco Polo – “ non è sostenuto da questa o quella pietra, ma dalla linea dell’arco che esse formano”. Marco Polo prosegue: “Anche le città credono d’essere opera della mente o del caso, ma né l’una né l’altro bastano a tener su le loro mura. D’una città non godi le sette o settantasette meraviglie, ma la risposta che dà a una tua domanda” (Calvino, 1972).

Sulla stessa lunghezza d’onda anche André Maurois (1885-1967) afferma: “La conversazione è un edificio al quale si lavora in comune. Gli interlocutori devono sistemare le loro frasi pensando all’effetto d’insieme, come fanno i muratori con le pietre” (Ferrario, 2011).

Il modello a rete assunto come metodo può allora rappresentare, come la pietra scartata dai costruttori che divenne pietra d’angolo, la chiave di volta per gestire favorevolmente l’evoluzione del sistema sanitario. La complessità realizzativa e la molteplicità degli attori coinvolti in un progetto per l’evoluzione del sistema sociale, socio-economico e socio-sanitario richiede però la definizione di una visione strategica comune, attraverso la condivisione tra tutti gli interlocutori di un medesimo linguaggio e modello di riferimento. La “transdisciplinarietà”, che consente di parlare un linguaggio condiviso, unitario, frutto della crescita del gruppo che lavora in rete, avendo trovato il “tessuto connettivo” fra le diverse componenti, costituisce quindi la parola chiave di integrazione per un mondo accessibile. La “cabina di regia” dedicata all’integrazione fra Ospedale e Territorio, che la fa propria, rappresenta uno degli strumenti del percorso di riorganizzazione del

sistema sanitario in ottica di rete ad alta integrazione per aree omogenee, attualmente in fieri, confermando la visione strategica di un'ottica di rete globale, in linea con il concetto di "valori estesi" * (Previtera, in corso di stampa).

Appare evidente da quanto esposto come la Rete non sia solo un luogo dal quale attingere informazioni (to pull), ma è anche un luogo nel quale spingere idee, progetti e attività collaborative (to push) (Bellandi, 2006). In conclusione, esistono certo le barriere architettoniche, che non consentono l'accesso fisico di una persona in determinati luoghi. Esistono altresì altri tipi di barriere, che possono determinare ripercussioni molto rilevanti. Ancor oggi numerosi pregiudizi, false immagini, stereotipi ed atteggiamenti sociali stigmatizzanti risultano essere alcuni dei principali ostacoli allo sviluppo ed alla realizzazione di specifici programmi di integrazione sociale delle persone sofferenti di "disturbi" che vengono percepiti come "diversità". Infatti nella percezione sociale della "diversità", la paura, la diffidenza, se non l'ostilità e l'esclusione spesso prevalgono sul senso di solidarietà e di comprensione. Il superamento delle barriere è possibile, a condizione di "andare oltre", il che implica i concetti di conoscenza e di volontà di affrontare e superare il pregiudizio. Questo è il primo passo verso il principio dell'innovazione: "L'innovazione nasce dalla diversità" afferma Susanne Justesen, fondatrice della Innoversity di Copenhagen. Cambiare vuol dire trasformare e, a tal fine, è necessaria una rottura con il passato, una modifica di paradigmi; solo dopo aver vinto la resistenza al cambiamento si entra in una nuova ottica, tesa allo "star bene", al "ben-essere" nell'accezione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità² (Previtera, 2010).

Note

¹ Marcel Proust, *A la recherche du temps perdu* (RTP): "L'unico vero viaggio, l'unico bagno di giovinezza, sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri occhi, vedere l'universo con gli occhi di un altro, di cento altri, vedere i cento universi che ciascuno vede, che ciascuno è. Questo noi lo possiamo fare con un Elstir, con un Vinteuil: con i loro simili, noi voliamo veramente di astro in astro". [E' importante la contestualizzazione: la frase è infatti contenuta nel lungo capitolo in cui il Narratore si trova ad un ricevimento in casa dei Verdurin e mentre ascolta la Sonata e il Settimino di Vinteuil eseguiti da Morel ed altri musicisti si lascia andare a considerazioni sulla vita e sull'arte. Vinteuil (il musicista) ed Elstir (il pittore) sono, come i lettori della RTP sanno, tra i personaggi dell'opera di Proust che rappresentano l'arte. Gabriella Alù: *Il vero viaggio - Marcel Proust*, 2008].

² Il Preambolo della Costituzione dell'OMS dichiara: "Il godimento del livello di salute più elevato possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizioni economiche e sociali". La definizione di salute include "il benessere fisico, mentale e sociale".

APPENDICE

(*)Valori estesi

Si riporterà di seguito una spiegazione della filosofia che sottende a tale termine.
La sintesi sotto riportata è tratta da: Ruta C.: Ai confini della medicina, Egea, 2006.

Comunità estesa

Il valore aggiunto di questa rivoluzione tecnologica che crea una discontinuità così importante, rapida e trasversale è anche quello di permetterci di ripercorrere l'evoluzione di quattro miliardi di anni di storia.

Quello che è avvenuto è stata una continua evoluzione verso una rete complessa. Partendo dagli atomi si è passati alle molecole semplici, dalle macromolecole come il DNA alle proteine, dalle cellule batteriche alle cellule nucleate, da colonie di cellule ad organismi pluricellulari, da individui pluricellulari a comunità di individui.

Quindi non solo la continua evoluzione dal semplice al complesso ma dal singolo alla rete di conoscenza strutturata ed integrata. Inoltre nel corso di questa evoluzione ogni struttura successiva si è presentata come qualcosa di diverso rispetto alla somma dei singoli elementi creando così nuovo valore aggiunto.

Questo percorso iniziato circa quattro miliardi di anni fa è in continua evoluzione perché, se da una parte con il passaggio dalla fisica classica alla fisica quantistica si stanno studiando le relazioni che esistono a livello sempre più micro tra molecole, nuclei, elettroni, protoni, neutroni, quanti, così dall'altra parte, a livello più macro, l'individuo sta progredendo nell'evoluzione biologica mettendo in rete la "conoscenza estesa".

In questo senso sta nascendo una nuova struttura che mettendo insieme le conoscenze produrrà qualcosa di diverso dalla somma delle intelligenze dei singoli individui in quanto produrrà un enorme valore aggiunto che ricorda molto da vicino il passaggio che è avvenuto dagli organismi monocellulari agli organismi pluricellulari.

Nello stesso tempo le due reti, quella umana (interna) e quella tecnologica (esterna) si stanno mettendo in connessione. L'organismo umano ha cominciato a creare dei prolungamenti neurali connettendo la rete tecnologica al sistema nervoso umano, contemporaneamente si progettano e si realizzano tecnologie che iniziano ad imitare gli stessi schemi di comunicazione e relazione cerebrale come nel caso dei microrobot e dei bio-chips.

Probabilmente questa evoluzione che si svilupperà in futuro, con modalità e strumenti che oggi non siamo ancora in grado di intravedere, porterà allo sviluppo di quello che abbiamo definito un "organismo esteso".

Per molto tempo urbanisti e architetti si sono occupati del corpo umano delimitato dalla cute nel suo ambiente sensoriale circostante di riferimento, oggi sempre più si devono confrontare con "corpi estesi" modulari, riconfigurabili ed ampliabili.

Stiamo quindi entrando in un'epoca di "organismi estesi" elettronicamente che vivono e vivranno sempre più nei punti di frontiera del mondo fisico e virtuale, un mondo di attività ed interazioni che si esprimerà attraverso la presenza fisica e/o la presenza virtuale all'interno di nuove città digitali che saranno sempre meno complementari rispetto alle nostre attuali concentrazioni urbane, fisiche fatte di cemento e mattoni.

Così come gli architetti in passato hanno tradizionalmente progettato ospedali ed altre strutture di servizio per soddisfare i bisogni delle aree circostanti così in futuro si progetteranno reti ed interfacce virtuali di sistemi ospedalieri e di altri servizi per "comunità estese".

In futuro gli ospedali come le abitazioni si configureranno come sistemi neurali elettronici collegati in rete con cablaggi strutturali ed applicazioni informatiche così da assomigliare sempre più a macro robot dotati di fondamenta.

Come l'abbigliamento ha rappresentato in passato la prima interfaccia verso il mondo esterno così i congegni elettronici personali diventeranno l'interfaccia tra l'organismo, il sistema nervoso, le reti neurali e l'ambiente esterno tanto da permettere che anche i dispositivi di monitoraggio medico applicati nell'organismo possano trasmettere continuamente dati biologici a sistemi di controllo ambientale.

La rete dell'organismo sarà collegata alla rete ambientale, la rete ambientale alla rete dell'ospedale, la rete dell'ospedale alla rete della "comunità estesa", la rete della "comunità estesa" alla rete della "società estesa".

La “società estesa”

La “società estesa” potrà costituire il reale passaggio dalla società industriale alla società digitale solo se sarà in grado di determinare un’organizzazione sociale centrata sulla valorizzazione delle scelte, delle attitudini individuali e solo se sarà orientata alla diffusione della conoscenza (knowledge society).

Pertanto diventa importante che avvenga al più presto una riflessione culturale e sociale collettiva, perché solo un rapporto nuovo, frutto però di una corretta informazione, dialogo e partecipazione sociale potrebbe diventare elemento importante nella formazione delle politiche istituzionali rispetto lo sviluppo di queste nuove tematiche scientifiche e tecnologiche.

Inoltre, solo in questo modo le dinamiche sociali potrebbero diventare esse stesse un elemento di regolazione nella ricerca, nella realizzazione, nell’applicazione delle nuove tecnologie.

Un profondo dibattito su queste problematiche può diventare un elemento positivo nella misura in cui avviene tra individui ben informati anche, e soprattutto, dal punto di vista scientifico. Così come l’assenza di attenzione al “change management” ed alla formazione professionale può creare gravi danni alle aziende e alle istituzioni pubbliche (pena la loro sopravvivenza), gli stessi danni possono essere provocati dall’assenza di comunicazione in campo sociale ed istituzionale.

Oggi come abbiamo detto viviamo in una società caratterizzata da rapidi cambiamenti sistemici ed importanti discontinuità. La vita media si è allungata enormemente e non si può pensare di affrontarla ancora con il livello culturale acquisito nei primi anni di vita.

L’aggiornamento continuo avviene soprattutto attraverso i mass media ed è inimmaginabile la quantità di informazioni e conoscenza che sarebbe possibile trasmettere attraverso i grandi mezzi di comunicazione se questi venissero utilizzati in modo adeguato promuovendo l’apprendimento lungo tutto l’arco della vita attraverso un processo di “life long learning”.

Nel caso dell’evoluzione che sta seguendo il processo clinico-sanitario sia dal punto di vista diagnostico-terapeutico che della prevenzione, la possibilità di far conoscere e far capire meglio al cittadino quelli che sono i cambiamenti scientifici in corso, arricchirebbe non solo il singolo individuo ma l’intera collettività che potrebbe farsi così parte attiva nella costruzione di un nuovo sistema di valori.

Questo processo potrebbe rivelarsi determinante sia per le istituzioni che per il mondo dell’industria, sia per tutti i cittadini come per le categorie più deboli. Potrebbe inoltre consentire lo sviluppo di tecniche e tecnologie accettate e lo sviluppo di un sistema di valori condiviso evitando così il rischio di enormi conflitti successivi.

Valori estesi

Medicina estesa

La medicina può intervenire tradizionalmente sul corpo umano utilizzando due specifiche modalità, attraverso un processo di normalizzazione (approccio terapeutico) ed attraverso un processo di miglioramento (approccio estetico).

L’obiettivo della normalizzazione (approccio terapeutico) è quello di far raggiungere all’individuo uno stato di normalità statistica per quanto riguarda il mantenimento delle funzioni vitali.

Ma bisogna tenere presente che il criterio di normalità cambia continuamente perché si adegua agli obiettivi e risultati che man mano raggiunge la scienza medica.

Quindi, quando si sposta l’aspettativa di vita media da 40 a 80 anni cambiano di conseguenza anche le aspettative di normalizzazione della qualità della vita.

Ma la medicina può anche occuparsi di migliorare continuamente un individuo, cioè raggiungere un livello di normalità statistica che non riguarda solamente gli aspetti funzionali vitali, infatti la chirurgia estetica cerca di soddisfare piuttosto il bisogno di un miglioramento somatico.

In futuro la medicina renderà possibile il “soddisfare” una domanda più articolata, anche perché gli “standard di riferimento” della società in cui viviamo hanno fatto nascere prima il bisogno di “avere” delle “cose per” ed oggi sempre più il bisogno di “essere” qualcosa di diverso e “di più” rispetto a quello che siamo ed in riferimento a “standard sociali” sempre più sfidanti .

Grazie alle nuove tecnologie la medicina sarà in grado e lo sarà sempre più, di soddisfare anche questa domanda e questo suo nuovo ruolo appare ormai non solo accettato ma in qualche modo agevolato nel passaggio storico dalla medicina clinica alla medicina molecolare.

Inoltre, la medicina molecolare ha fatto nascere la speranza che la biologia dell'organismo umano possa in qualche modo essere governata, e d'altra parte, lo sviluppo che la medicina fino ad oggi sta raggiungendo continua ad alimentare sempre più questa speranza.

Come abbiamo detto, nel secolo appena trascorso la vita media è passata da quaranta a circa ottant'anni, ma soprattutto si ha ragione di ritenere che le biotecnologie permetteranno in un futuro di rallentare il ritmo genetico dell'invecchiamento e di intervenire direttamente e precocemente sulla predizione e prevenzione di patologie importanti.

Se queste prospettive si concretizzeranno, le nuove generazioni potranno sicuramente usufruirne e l'attuale valore di vita media potrà considerevolmente aumentare.

La variabile critica dell'invecchiamento è stata identificata in un processo ormai sufficientemente chiaro: la distruzione delle fragili membrane della cellula dell'organismo da parte delle molecole conosciute come "radicali liberi".

L'interazione dei "radicali liberi" con le molecole che costituiscono le strutture delle cellule (il termine generalizzato per definirla è "processo di ossidazione") porta a diverse conseguenze indesiderate compreso il logoramento delle terminazioni protettive dei cromosomi che sono rappresentate dai telomeri.

Il dibattito a proposito di quanto i telomeri più corti possono essere in qualche modo collegati direttamente o indirettamente con l'invecchiamento fisico è tutt'ora in corso.

La telomerasi è un enzima presente comunemente nello sperma e negli ovociti (cellule germinali) dove mantiene i telomeri di lunghezza adeguata ed impedisce il loro deterioramento.

Questo processo ha fatto pensare alla possibilità di utilizzare un nuovo trattamento per prevenire la vecchiaia, perché nel caso in cui si permettesse alla telomerasi di svolgere la stessa funzione che svolge nelle cellule germinali anche nelle altre cellule dell'organismo, anch'esse potrebbero mantenere i telomeri più lunghi ed efficienti. Così se i cromosomi possedessero dei telomeri più lunghi, le cellule potrebbero vivere più a lungo e quindi l'organismo potrebbe vivere più a lungo e in modo più efficiente.

Non possiamo considerare quindi la vecchiaia come una malattia, ma un generale deterioramento di numerosi processi biochimici a cui sono affidate le funzioni vitali dell'organismo.

Gli aspetti più critici di questo deterioramento riguardano la diminuzione della vitalità e il degrado intellettuale, infatti l'obiettivo terapeutico che oggi si sta affrontando in medicina, non riguarda solo il prolungamento quantitativo ma anche e soprattutto il miglioramento qualitativo della vita stessa.

Attualmente al centro del dibattito medico, sociologico, economico, etico ed istituzionale vi è la definizione del "confine" tra terapia e miglioramento dell'organismo, cioè in buona sostanza il capire fino a che punto si utilizzerà la terapia genetica per curare gravi malattie o per "migliorare" funzionalmente l'organismo.

Così, la possibilità di trattare geneticamente l'obesità ed il nanismo viene considerata da alcuni una forma di "trattamento migliorativo" o addirittura una forma di eugenetica e da altri semplicemente come una forma di progresso terapeutico.

Inoltre, questo tipo di distinzione può diventare di ancor più difficile interpretazione quando si fa riferimento ad obiettivi come il miglioramento della qualità della vita durante il processo dell'invecchiamento che corrisponde di fatto ad una "cura" continua delle malattie correlate con l'invecchiamento e quindi corrisponde di fatto ad un "miglioramento terapeutico" continuo nel quadro di una visione più "estesa della medicina".

Dall'economia dell'"avere" all'economia dell'"essere"

Abbiamo detto che in questa fase storica sta emergendo un'economia che abbiamo definito delle "trasformazioni" che presenta un enorme impatto individuale, sociale, economico ed istituzionale.

Questo processo sta avvenendo in tutti i settori in modo più o meno evidente, dall'agroalimentare all'ambiente, dalla produzione di nuovi materiali fino alla produzione energetica, ecc.

Quando però l'economia delle "trasformazioni" coinvolge l'organismo umano, assume evidentemente un significato particolare.

Infatti l'umanità acquisendo la capacità di intervenire sul proprio codice genetico ha acquisito anche

la capacità potenziale di “trasformarsi” ed in futuro potenzialmente anche di governare la propria evoluzione. Il capire fin dove ci potremo spingere nell’utilizzo delle tecnologie e tecniche genetiche traspare soprattutto dall’analisi dei comportamenti che assumono le persone in riferimento a quei settori in cui si è già in grado con altre tecniche di modificare l’organismo umano.

Un esempio importante ci è fornito dall’ormone eritropoietina utilizzato spesso come farmaco per migliorare le prestazioni atletiche. Aumentando la capacità della portata di ossigeno degli eritrociti, questo farmaco può migliorare la performance atletica in modo significativo. Lo sport professionistico ci offre quindi un esempio ed anche una anticipazione di quello che potrà essere la diffusione della tecnologia per ottenere dei miglioramenti biologici anche in altre situazioni e settori.

Se è vero che lo sport presenta stimoli molto forti che possono spingere gli atleti a correre rischi sempre più elevati, è anche vero che oggi il mondo sportivo non è poi così diverso da altri mondi competitivi.

Nel mondo dello spettacolo e della moda la chirurgia estetica rappresenta un’altra modalità di miglioramento biologico di una performance “artistica” se così vogliamo definirla.

Oggi la chirurgia estetica è in rapida crescita anche fra giovani che la utilizzano per migliorare la propria immagine rispetto “improbabili” standard di riferimento imposti dalla società che possono così indurre comportamenti di consumismo compulsivo verso la “trasformazione” del proprio corpo come avviene per “l’accumulazione” compulsiva di cose, ma con effetti molto più devastanti.

Spesso l’atteggiamento compulsivo può arrivare a cambiare fino a “trasformare” le stesse funzioni biologiche e cognitive del proprio corpo attraverso una serie di interventi organici specifici: sedativi, tranquillanti, antidepressivi, psicotropi, euforizzanti, analgesici, anabolizzanti, anoressici, ecc..

Inoltre, molte persone adulte sono sempre più disposte a ricorrere alla chirurgia estetica per ritardare le più ovvie manifestazioni dell’invecchiamento anche “rimodellando” il proprio aspetto.

Se fosse possibile oggi migliorare la performance fisica ed intellettuale e contrastare la decadenza senile sottoponendosi ad interventi farmacologici o “genetici” per migliorarsi o ritardare il processo di invecchiamento, molte persone probabilmente sarebbero disposte a farlo.

Come abbiamo detto, i sistemi economici si sono focalizzati in passato nell’offrire al cliente “l’avere” soddisfatta la domanda attraverso una vasta gamma di soluzioni di beni/servizi fino a proporre “esperienze” di co-creazione del valore sempre più personalizzate.

Quando però si personalizza un’esperienza fino al punto di farla diventare “una trasformazione” dell’organismo stesso, spesso non si può evitare di arrivare fino al punto di “cambiare” quell’individuo anche nella sua identità.

L’evoluzione delle tecnologie prospetta una ulteriore evoluzione dell’offerta dalla “varietà” alla “profondità” che può arrivare a coinvolgere in alcuni casi anche drammaticamente “l’essere” della persona ed i suoi valori più intimi attraverso interventi che si possono spingere dagli aspetti più interni (organici e terapeutici) che riguardano il proprio corpo fino agli aspetti più esterni (estetici e di cambiamento) che riguardano il proprio io.

In futuro le “trasformazioni” dell’individuo rappresenteranno effettivamente una offerta economica diversa dalle “esperienze personalizzate” almeno tanto quanto le “esperienze personalizzate” sono diverse dalla fruizione dei servizi ed i servizi dall’acquisizione dei prodotti.

Infatti, mentre le “esperienze” sono eventi a cui il cliente reagisce con un “ricordo”, le “trasformazioni” vanno ben oltre perché possono cambiare l’essenza stessa dell’individuo così che il cliente stesso diventa il “prodotto” e l’offerta è rappresentata da un individuo diverso dove il cliente in prima persona chiede di essere cambiato in modo strutturale e definitivo.

In passato si è spesso utilizzato il confine tra tangibilità ed intangibilità per definire il passaggio tra l’economia basata sui beni prodotti e l’economia basata sui servizi. In futuro probabilmente dovremmo considerare anche il confine della profondità e pervasività biologica ed organica per definire il passaggio tra l’economia delle “esperienze” e l’economia delle “trasformazioni”.

In altri termini i beni ed i servizi vengono utilizzati dall’individuo ed appartengono alla sfera dell’economia dell’“avere”, le trasformazioni raggiungono invece l’essenza stessa dell’io e quindi appartengono alla sfera dell’economia dell’“essere”.

Nel passaggio dall’economia delle “esperienze” all’economia delle “trasformazioni”, come dall’economia dell’“avere” all’economia dell’“essere” i clienti probabilmente vorranno affidare il proprio futuro solo a coloro con cui condividono sia la visione del mondo ma anche un insieme di valori di riferimento.

Oggi ormai, in modo più o meno consapevole, tutte le aziende promuovono una certa visione del mondo e dell' "essere", ma l'idea della "trasformazione" della persona impone che si applichi molta cautela e saggezza in relazione ai comportamenti sociali e molta prudenza ed equilibrio riguardo alla scelta degli obiettivi e dei mezzi da utilizzare per raggiungerli.

Infatti se è vero che nell'economia delle "trasformazioni" il cliente è il prodotto e la trasformazione è il mezzo per contribuire al cambiamento delle caratteristiche dell'individuo appare altrettanto evidente che nelle "trasformazioni" qualsiasi offerta economica va oltre l'attuazione di uno scambio di valore nel presente, ma piuttosto implicitamente o esplicitamente promuove una certa visione dei valori e del futuro.

Dall'economia delle "esperienze" all'economia dei "valori"

Abbiamo detto precedentemente che storicamente si era trattata la dimensione informativa della catena del valore aziendale come attività di supporto alla dimensione fisica che aveva originariamente un ruolo primario nella generazione del valore e del vantaggio competitivo.

Queste due dimensioni con l'evoluzione della dimensione informativa-digitale sono poi diventate contemporaneamente e sinergicamente responsabili dello sviluppo della catena del valore "estesa" oltre i tradizionali confini aziendali.

Oggi probabilmente stiamo assistendo alla scoperta di una "terza" e nuova dimensione della catena del valore aziendale: quella del "valore" o meglio dei "valori" che nel caso della catena del valore molecolare dell'organismo rappresenta i "valori" stessi del codice genetico della vita e la loro finalizzazione nello sviluppo di un organismo umano.

L'estrema complessità creata dall'evoluzione tecnologica, economica e sociale in corso, costringe a trapiantare molto al di là della singola impresa o delle costellazioni di imprese quando si deve affrontare un processo di cambiamento di tale entità.

I sistemi caratterizzati da forte discontinuità per essere affrontati richiedono la condivisione di "valori estesi" e soprattutto una loro riconfigurazione in una logica di "matrice istituzionale". Tutto ciò consentirebbe più facilmente alle tecnologie di coevolvere, ai mercati di convergere, alle catene del valore di estendersi, alle costellazioni di imprese di riconfigurarsi, alle comunità di riconcettualizzare problematiche legate ad un "sistema di valori" condivisi.

Nasce così una forte interrelazione tra valore e "valori", "valori" come nuova dimensione fondamentale per la creazione del valore aggiunto sociale all'interno di una nuova "catena del valore estesa" che supera i "confini" tradizionali esistenti tra mondo aziendale, mondo individuale, mondo sociale e mondo istituzionale.

Quindi oggi un'impresa o una costellazione di imprese potrà svilupparsi in modo efficace se, oltre ad avere una vision e una mission, possiederà dei valori che diventano significativi e condivisi in un contesto più ampio e tali da conferire un ruolo proattivo all'intero ecosistema.

La vision come la mission aziendale possono "istituzionalizzarsi" ma per fare questo diventa fondamentale acquisire la capacità di condividere in modo esteso i propri valori con la società che incorpora questi stessi valori, permettendo così di creare veramente "valore e valori aggiunti" per l'intero sistema paese.

Quindi un'impresa non può e soprattutto non potrà più assumere un atteggiamento agnostico nei confronti di ciò che può essere definito moralmente e socialmente giusto o sbagliato, cercando di sottrarsi ad argomenti così importanti e delicati con il pretesto di produrre solo beni e servizi come in passato. Oggi non è più sufficiente che l'impresa soddisfi solo i propri stakeholder, perché nell'epoca della globalizzazione deve anche concorrere a definire un sistema di valori di riferimento.

L'interesse crescente verso il "coinvolgimento" sociale delle imprese dimostra come l'impegno sociale non sia più da considerarsi una cosa diversa rispetto alla finalità di conseguire maggiori livelli di sviluppo economico ma che al contrario uno sviluppo economico durevole è proprio quello che tiene conto degli effetti sociali legati ai cambiamenti necessari a perseguirlo.

Probabilmente è arrivato il momento di superare il trade-off che vedeva tradizionalmente da una parte la dimensione sociale della catena del valore aziendale e dall'altra la dimensione economica della stessa.

La prospettiva futura dovrà essere quella di coinvolgere unitariamente queste dimensioni ancora apparentemente contraddittorie, perché solo in questa ottica il "coinvolgimento" sociale può diventare un

investimento per l'impresa ed al tempo stesso uno strumento competitivo attraverso il quale coniugare la crescita economica con il miglioramento della qualità della vita delle comunità e della società in cui si opera. Probabilmente è anche giunto il momento di affiancare al vecchio PIL che continua a monitorare la "crescita" della dimensione "economica" della catena del valore anche qualche altro indicatore più attento nel monitorare anche la "estensione" della dimensione dei "valori".

Dalla globalizzazione dei mercati all'estensione dei "valori"

Le imprese sono da tempo inserite in un mondo ipercompetitivo dominato da innovazioni incessanti che ridefiniscono continuamente gli stili di vita, i bisogni delle persone, gli "standard sociali" di riferimento, i sistemi di "valori condivisi", i "confini" tra le nazioni ed i "confini" tra gli stessi individui.

Sempre più spesso ormai gli stati-nazione non hanno più un ruolo proattivo nell'evoluzione tecnologica, al contrario sempre più spesso sono costretti ad inseguire gli eventi come nel caso delle problematiche legate allo sviluppo della genetica e delle biotecnologie.

Inoltre le funzioni del singolo stato-nazione possono apparire del tutto inutili quando le tematiche hanno valenza globale non solo per quanto riguarda lo sviluppo dell'economia ma anche per quanto riguarda la condivisione di diritti, doveri e valori di riferimento di dimensione "globale" e sovranazionale. Nel dibattito sulla globalizzazione, mondializzazione, planetarizzazione e sui loro fautori ed oppositori, ci si imbatte soprattutto in una costante indeterminatezza del problema che si vorrebbe affrontare, infatti per quanto riguarda la globalizzazione sono state elaborate molte definizioni, spesso contrastanti e comunque inadatte a coglierne tutte le dimensioni.

Tendenzialmente il termine globalizzazione fa riferimento ad un processo di "estensione globale" delle relazioni sociali-economiche tali da coprire lo spazio territoriale dell'intero pianeta, che integrato dallo sviluppo tecnologico della rivoluzione digitale ha realizzato una rete planetaria di interconnessioni.

Questa rete mette in relazione tra loro un numero sempre maggiore di attori economici, politici, istituzionali, culturali e sociali un tempo disconnessi a causa delle distanze geografiche ed oggi interconnessi all'interno di un sistema di "riconfigurazione" della dimensione spazio-temporale.

Quindi appare evidente, che da respingere eventualmente non è il processo di globalizzazione in sé stesso ed ormai oggettivamente inarrestabile, ma i processi ed i metodi con cui si sta perseguendo.

L'idea tradizionale della politica che utilizza concetti di "confini" tra interno ed esterno, tra territoriale ed extra territoriale è ormai definitivamente tramontata, perché le problematiche globali fanno risaltare la complessità delle interconnessioni che trascendono gli stati nazionali facendo emergere una enorme quantità e variabilità di "policy" sociali come il clima, l'inquinamento, l'approvvigionamento idrico, l'approvvigionamento energetico, il cibo geneticamente modificato, le tecnologie nucleari ed infine le tecnologie genetiche che saranno utilizzate dalla medicina molecolare.

Non appare difficile prevedere che i risultati delle ricerche genetiche in corso saranno sicuramente disponibili per le classi sociali più agiate e per le nazioni più ricche. Tutto ciò, probabilmente, determinerà un aumento delle disuguaglianze nell'accesso alle terapie mediche tra i paesi più ricchi ed i paesi più poveri come tra le classi sociali più agiate e quelle più povere. Quindi va ribadito che la globalizzazione non è solo un processo economico, ma sarà sempre più un processo di rivendicazione di diritti riconosciuti a livello internazionale ed ancor più un processo di "estensione" di valori condivisi.

Come abbiamo visto la globalizzazione produce sistemi di reti (politiche, economiche, istituzionali, sociali, ecc.) che superano i "confini" nazionali, ma da questo processo non traspare ancora l'evolversi di una società globale che non nasca solo dal processo di integrazione economica ma soprattutto sociale e culturale.

Infatti, viene spontaneo chiedersi a questo punto, perché non ci si occupi della promozione ed estensione di valori e diritti oltre i confini nazionali con la stessa premura con cui si promuovono nuovi prodotti e nuovi mercati.

Sia i mezzi televisivi che quelli digitali hanno impresso una forte accelerazione ai processi di integrazione culturale così che sono in molti ormai ad usare l'espressione "cultura estesa".

Con lo sviluppo dei mezzi di comunicazione oggi si possono superare le frontiere della cultura e della ricerca scientifica dando vita ad aree di dibattito comuni, interrelate ed interconnesse al di là dei confini nazionali.

L'“estensione” culturale potrebbe creare quindi le condizioni di un processo di “cross-fertilizzazione” tra le diverse culture del pianeta favorendo un dialogo interculturale che potrebbe far nascere un primo embrione di “cultura globale” piuttosto che un processo di “globalizzazione culturale” (colonizzazione culturale).

Questo percorso potrebbe favorire un confronto sui numerosi problemi di “policy” visti in precedenza (primo fra tutti lo sviluppo delle tecnologie e terapie genetiche) che superano i tradizionali confini territoriali nazionali, che superano i tradizionali schieramenti politici , ma che per raggiungere una possibile soluzione richiedono non solo la cooperazione internazionale ma soprattutto una rapida condivisione dei diritti, dei doveri ed una rapida “estensione” di un sistema di valori fondato non solo su base “strumentalmente” ideologica.

Il pluralismo etico-culturale è fondamentale perché la vita sociale possa comunque svolgersi in un contesto tollerante nel rispetto dei valori che ogni individuo considera propri.

I problemi etico-culturali nascono quando in una società non si trova una mediazione su tematiche importanti, come ad esempio le problematiche legate alla ricerca sulle cellule staminali e le terapie che ne derivano.

Qualsiasi soluzione proposta non sarà mai in grado di accogliere tutti i punti di vista, ma d'altra parte la diversità dei punti di vista (che comunque deve sempre rappresentare un arricchimento sociale) non deve provocare un blocco decisionale politico-istituzionale perché le problematiche mediche riguardano la vita di milioni di individui che sperano ed hanno fiducia nel progresso scientifico.

Quindi l'obiettivo deve essere quello di individuare la soluzione in grado di raccogliere il consenso più ampio, e tutto ciò non significa rinunciare ai propri modelli etico-culturali, ma significa addivenire ad una soluzione che sia compatibile con lo sviluppo di una società autenticamente pluralista.

In conclusione quindi l'attenzione primaria per la realizzazione di un sistema socio-economico globale dovrebbe essere rivolta alla costruzione della “persona globale” , culturalmente in grado di interpretare correttamente i fenomeni in corso e socialmente in grado di parteciparvi anche per modificarli.

“ Confini . . . ”

High tech/High value

Fin dalla loro apparizione, le applicazioni industriali derivate dalle ricerche genetiche sono state seguite con particolare emozione dall'opinione pubblica , perché lo sviluppo sempre più “profondo” e “pervasivo” di queste tecnologie riguarda in ultima analisi i “confini” tra il concepimento, la nascita, la vita, la morte e come tali suscitano contemporaneamente ed in egual misura speranza ed angoscia.

La percezione di poter cambiare questi “confini” e “trasformare” la vita stessa in qualche cosa di “diverso” può incidere profondamente sui “valori” come sui comportamenti sociali ed individuali, infatti , la tecnologia medica applicata alle fasi iniziali della vita come all' epilogo finale ha posto problemi culturali, morali ed etici mai affrontati prima d'ora.

Il processo del concepimento di un essere umano attraverso lo sviluppo della fecondazione artificiale ha rivelato in modo sempre più “trasparente” le fasi consequenziali dell' evoluzione di un embrione, ed anche se tutto ciò può sembrare paradossale, ha reso ancora più complicato definire il “confine” tra il concepimento e l'inizio della vita stessa.

D'altra parte le tecnologie utilizzate in terapia intensiva ed in rianimazione, capaci di prolungare artificialmente la vita e di controllare in modo sempre più preciso le funzioni come i parametri vitali, hanno reso ancora più complesso definire il “confine” tra la vita e la morte.

Ormai il processo di coevoluzione scientifica e convergenza tecnologica sta cambiando i “confini” delle nostre esistenze, non solo per quanto riguarda la nascita e la morte, la salute e la malattia, il concepimento e la riproduzione, ma anche per quanto riguarda la mobilità, la comunicazione, l'ambiente, l'alimentazione, l'energia ecc.

I personal computer diventeranno sempre più invisibili e onnipresenti, sia all'interno del nostro organismo, sia all'interno dei nostri abiti “intelligenti” al punto di diventare essi stessi organi sensoriali, ma anche all'interno di oggetti inanimati che si trasformeranno in “oggetti intelligenti” ed interattivi che “vivranno” insieme a noi nella rete virtuale e contemporaneamente nella rete fisica senza più alcun “confine”.

Così, oggi, la problematica sociale prioritaria da affrontare non riguarda più la definizione del “confine” di che cosa sia tecnologicamente realizzabile, ma fino a che punto, quanto sarà tecnicamente realizzabile, riuscirà ad essere compatibile con il “confine” attuale del nostro sistema di valori (high tech-high value).

L’umanità ha oggi a disposizione i risultati dei progressi comuni compiuti dalla genetica molecolare e dalla meccanica quantistica: la definizione del genoma.

Il modo in cui biologia e fisica perseguendo obiettivi diversi hanno trovato coevoluzione e convergenza in questo sviluppo tecnologico è la prova inconfutabile del fatto che in realtà possono esistere dei “confini” tra le diverse discipline scientifiche ma anche che probabilmente esiste una sola scienza e sicuramente una sola natura.

I “confini” non esistono più o meglio non ci sono mai stati in natura, ma l’uomo se li crea e continuerà a crearseli nonostante, come abbiamo visto, appaiano sempre più labili (a livello individuale, nazionale, culturale, scientifico, sociale, istituzionale ecc.) per rispondere sia a paure fisiche che mentali.

La rivoluzione tecnologica in corso ci accompagnerà verso un mondo sempre più “esteso”, sempre più “profondo” dove i “confini” saranno sempre più impercettibili e gli spazi sempre più “pervasivi” e compenetranti tra rete neurale e rete digitale, tra sistemi info-comunicazionali organici e sistemi info-telematici globali, in definitiva tra atomi di silicio da una parte ed atomi di carbonio dall’altra presenti contemporaneamente nell’interstizio cellulare, perché in futuro le tecnologie avranno sempre più contenuti organici e nel corpo umano aumenteranno sempre più i contenuti inorganici.

Probabilmente quelli che oggi sono considerati “confini” virtuali diventeranno sempre più reali ed i “confini” fisici diventeranno sempre più irreali nel contesto di una nuova dimensione spaziotemporale che vivrà al “confine” tra mondo fisico e mondo virtuale.

I grandi cambiamenti epocali, cioè quelli che trasformano in modo radicale il comportamento umano dal modo di pensare al modo di agire, si manifestano inizialmente in modo quasi impercettibile, fino a quando tutto quello che prima era considerato impensabile diventa all’improvviso quotidiano, come tutto ciò che prima era considerato indispensabile diventa all’improvviso inutile, perché si scoprono dei “valori” di riferimento completamente diversi, nuovi ed affascinanti anche se (purtroppo) meno rassicuranti perché abbattano i vecchi e sicuri “confini” senza lasciarne intravedere di nuovi.

BIBLIOGRAFIA

- Adinolfi P.: *L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche*. MECOSAN, n.37, sez.1, pp.41-58, 2001.
- Agosti A.: *Gruppo di lavoro e lavoro di gruppo*. Aspetti pedagogici e didattici. Franco Angeli, 2006.
- Alù G.: *Il vero viaggio - Marcel Proust*. <http://nonsoloproust.splinder.com/post/18025576/il-vero-viaggio-marcel-proust>, 2008.
- Alvermann D.: *Modes of inquiry into studying engaged reading*. In J. Guthrie & D. Alvermann (Eds.), *Engaged reading: Processes, practices, and policy implications* (pp. 134-149). New York: Teachers College Press, 1999.
- Aronson E., Blaney N., Stephin C., Sikes J. e Snapp M.: *The jigsaw classroom*. Beverly Hills, CA, Sage Publishing Company, 1978.
- August D. e Hakuta K. (Eds.): *Educating language-minority children*. Washington, DC: National Academy Press, 1998. Available: www.nap.edu/catalog/6025.html
- Bae Brandtzaeg P., Heim J., Hertzberg Kaare B.: *Bridging and bonding in social network sites – investigating family-based capital*. DOI: 10.1504/IJWBC.2010.033750, Vol.6 No. 3, 231 - 253, 2010.
- Bae Brandtzaeg P. e Heim J.: *A typology of social networking sites users*. DOI: 10.1504/IJWBC.2011.038124, Vol.7 No. 1, 28 - 51, 2011.
- Baggio G.: *Adulti e gioco*. *Anziani Oggi* n.2/3, p. 77, 1998. Op. cit. da Ferrario P.: *Antologia del Tempo che resta*, 2011, <http://antemp.wordpress.com/about/?blogsub=confirming#subscribe-blog>.
- Baldantoni E., Bovo C., Rausa G.: *La continuità delle cure tra ospedale e territorio: una strategia per il miglioramento della qualità dell'assistenza*. QA, vol.13, n.1, pp.9-14, Marzo 2002.
- Bateson G.: *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Milano, Adelphi, 1984.
- Battistelli C.: *Handicap e nuove tecnologie*. In: Atti del Convegno “L’Innovazione Tecnologica e la Convergenza al Servizio della Disabilità e della Sicurezza Sociale”, Avellino, 18.12.2010.
- Bellandi G.: *Il talento del leader: crescere nella vita professionale e personale attraverso una leadership etica e responsabile*. Franco Angeli, 2006.
- Bertazzi L.: *La classe: comunità di persone che apprendono*. Isre, 2003.
- Bertozzi D.: *Il cooperative learning per l'integrazione*. <http://www.icsuisio.it/prima%20pagina/Il%20cooperative%20learning.pdf>, 2009.
- Bessis N., Gaitan A., Shukla M. e Lai Z.: *Sharing experiences with using next generation knowledge portals for advancing web communities*. DOI: 10.1504/IJWBC.2011.041198, Vol.7 No. 3, 256 – 275, 2011.
- Biggs J.B. e Moore P.J.: *The process of learning*. Sydney: Prentice Hall of Australia, 1993.
- Bishop D.V.M.: *Uncommon understanding: Development and disorders of language comprehension in children*. East Sussex, UK: Psychology Press, 1997.

Bonvino E.: *Intercomprensione: passato, presente e futuro*. In: Lombardi Vallauri E. e Mereu L. (a cura di), Spazi linguistici, Roma, Bulzoni, 2009.

Borello E., Luise M. L. e Moi V.: *La comunicazione nei nuovi ambienti formativi*. In: Chiarelli B. (a cura di), Ontogenesi, filogenesi e differenziazione dei sistemi comunicativi, Pavia, Altavista, 2009.

Borgese A.: *Psicologia dell'organizzazione*. Ed. CLUA, 2010.

Bortoli S., Palpanas T. e Bouquet P.: *Decentralised social network management*. DOI: 10.1504/IJWBC.2011.041199, Vol.7 No. 3, 276 - 297, 2011.

Brouns F., Berlanga A.J., Fetter S., Bitter-Rijkema M.E., Van Bruggen J.M. e P.B. Sloep: *A survey on social network sites to determine requirements for learning networks for professional development of university staff*. DOI: 10.1504/IJWBC.2011.041200, Vol.7 No. 3, 298 - 311, 2011.

Brown A.L., Bransford J.D., Ferrara R.A. e Campione J.C.: *Learning, remembering, and understanding*. In: Flavell J.H. and Markman E.M. (Eds.): *Handbook of child psychology: Vol. 3. Cognitive Development* (4th ed., pp. 77–166). New York: John Wiley and Sons, 1983.

Brown A.L.: *Metacognition, executive control, self-regulation and other more mysterious mechanism*. In: Weinert F.E. e Kluwe R.H. (Eds.): *Metacognition, motivation, and understanding* (pp. 65–116): Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1987.

Brown A., Ash D., Rutherford M., Nakagawa K., Gordon A. e Campione J.: *Distributed expertise in the classroom*. In G. Salomon (Ed.). *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 188-228). Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

Brown A.L. e Campione J.C.: *Guided discovery in a community of learners*. In: McGilly K. (Ed.): *Classroom lessons: Integrating cognitive theory and classroom practice* (pp. 229-270). Cambridge, MA, MIT Press, 1994.

Caltagirone C.: *La disabilita' neuromotoria*. In: *Le malattie del disagio sociale*, 2010.

Calvino I.: *Le città invisibili*. Einaudi, 1972.

Cazden C.B.: *Language in early childhood education*. Paperback, revised, 1981.

Choi I. e Land S.M.: *A project description of Co-Net-C: An online discussion tool to support case-based instruction*. In: A. Kovalchick & K. Dawson's *Educational Technology: An Encyclopedia* (p. 121-125). Santa Barbara, CA: ABC-CLIO, Inc., 2003.

Choi I., Land S.M. e Turgeon A.: *Scaffolding peer-questioning strategies to facilitate metacognition during online small group discussion*. *Instructional Science*, 5-6, pp. 1-29, 2005.

Cole M. e Engestrom Y.: *A cultural-historical approach to distributed cognition*. In G. Salomon (Ed.). *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 1-46). Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

Comoglio M.: *Educare insegnando. Apprendere ad applicare il cooperative learning*. LAS, 2000. ISBN 88-213-0432-9.

Conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su salute e disabilità, 17-20 aprile 2002, Trieste – WHO/HFS/CAS/C/02.92.

Delpit, L.D.: *The silenced dialogue: Power and pedagogy in educating other people's children*. Harvard Educational Review, 58, 280-298, 1988.

Di Nubila R.: *Saper fare formazione, manuale di metodologia per giovani formatori*. Lecce, Pensa Multimediale, 2005. ISBN 978-88-8232-807-8.

Di Nubila R.: *Dal gruppo al gruppo di lavoro*. Pensa Multimediale Editore, 2008. ISBN 88-8232-574-1.

Di Stefano A. (Mons.): *...Chi dei due ha compiuto la volontà del padre?* Prologo alla XXVI Domenica del tempo ordinario, 25 settembre 2011. La Domenica, n. 3, 2011.

Donabedian A.: *Evaluating the quality of medical care*. 1966. Milbank Q 2005;83(4):691-729.

Donati P.: *La società dell'umano*. Marietti, 2009.

Dornisch M.M. e Land S.M.: *A conceptual framework for the integration of multiple perspectives with distributed learning environments*. Journal of Computing in Higher Education, Volume 14, Number 1, 3-27, 2002. DOI: 10.1007/BF02940948

Ehri L.C.: *Learning to read and learning to spell are one and the same, almost*. In: Perfetti C.A., Rieben L. e Fayol M. (Eds.): *Learning to spell: Research, theory, and practice across languages* (pp. 237-269). Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997.

Ferrario P.: *Antologia del Tempo che resta*. 2011
<http://antemp.wordpress.com/about/?blogsub=confirming#subscribe-blog>

Gallimore R. e Tharp R.: *Teaching mind in society: Teaching, schooling, and literate discourse*. In: L.C. Moll (Ed.): *Vygotsky and education: Instructional implications and applications of sociohistorical psychology* (pp. 175-205). New York, Cambridge University Press, 1990.

Games A.I. e Bauman E.B.: *Virtual worlds: an environment for cultural sensitivity education in the health sciences*. DOI: 10.1504/IJWBC.2011.039510, Vol.7 No. 2, 189 - 205, 2011.

Gaskins I.W., Rauch S., Gensemer E., Cunicelli E., O'Hara C., Six L. e Scott T.: *Scaffolding the development of intelligence among children who are delayed in learning to read*. In K. Hogan & M. Pressley (Eds.), *Scaffolding student learning: Instructional approaches and issues* (pp. 43-73). Cambridge, MA: Brookline, 1997.

Ge X. e Land S.M.: *Scaffolding students' problem-solving processes in an ill-structured task using question prompts and peer interactions*. Educational Technology Research & Development, 51 (1), 21-38, 2003.

Ge X. e Land S.M.: *A conceptual framework for scaffolding ill-structured problem solving using question prompts and peer interactions*. Educational Technology Research & Development, 52 (2), 5-22, 2004.

Gelmini M.S.: *Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione, 2009. www.governo.it

Giarelli G.: *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano, FrancoAngeli, 2003.

Graham S. e Harris K.R.: *Assessment and intervention in overcoming writing difficulties: An illustration from the self-regulated strategy development model*. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 2001.

- Greene B.A. e Land S.M.: *A qualitative analysis of scaffolding use in a resource-based learning environment involving the World Wide Web*. Journal of Educational Computing Research, 23 (2), 151-180, 2000.
- Guasti L.: *Apprendimento e insegnamento. Saggi sul metodo*. Vita e pensiero, 2002. ISBN 88-343-0923-5.
- Guthrie J. e Alvermann D. (Eds.): *Engaged reading: Processes, practices, and policy implications*. New York: Teachers College Press, 1999.
- Hannafin M.J., Hall C., Land S. e Hill J.: *Learning in open-ended learning environments: Assumptions, methods, and implications*. Educational Technology, 34 (8), 48-55, 1994.
- Hannafin M.J. e Land S.M.: *The foundations and assumptions of student-centered learning environments*. Instructional Science, 25, 167-202, 1997.
- Hannafin M., Hannafin K., Land S. e Oliver K.: *Grounded practice and the design of constructivist learning environments*. Educational Technology Research & Development, 45 (3), pp. 101-117, 1997.
- Hannafin M.J., Hill J.R. e Land S.M.: *Student-centered learning and interactive multimedia: Status, issues, and implications*. Contemporary Education, 68 (2), 94-99, 1997.
- Hannafin M.J., Land S.M. e Oliver K.: *Open learning environments: Foundations and models*. In C. Reigeluth (Ed.), Instructional Design Theories and Models (Vol II). Mahway, NJ: Erlbaum, 1999.
- Hannafin M.J. e Land S.M.: *Technology and student-centered learning in higher education: Issues and practices*. Journal of Computing in Higher Education, 12 (1), 3-30, 2000.
- Hill J.R. e Land S.M.: *Open-ended learning environments: A theoretical framework for design*. In A. Kovalchick & K. Dawson's Educational Technology: An Encyclopedia (pp. 460-465). Santa Barbara, CA: ABC-CLIO, Inc., 2003.
- Jenkins J., Jewell M., Leicester N., O'Connor R., Jenkins L. e Troutner N.: *Accommodations for individual differences without classroom ability groups: An experiment in school restructuring*. Exceptional Children, 60, 344-358, 1994.
- Johnson D. W., Johnson R. T. e Smith K. A.: *Active learning: Cooperation in the college classroom*. Edina, MN, Interaction Book Company, 1991.
- Johnson D., Johnson R. e Holubec E.: *Apprendimento cooperativo in classe*. Erickson Trento, 1996.
- Johnson D.W. e Johnson R.T.: *Leadership e apprendimento cooperativo*. Edizioni Erickson, 2005.
- Jonassen D. e Land S. (Eds.): *Theoretical Foundations of Learning Environments*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
- Justesen S.: *L'innovazione nasce dalla diversificazione delle conoscenze*. Italian Innovation Archive, 2008.
- Kagan S.: *Cooperative learning*. San Juan Capistrano, CA: Kagan Cooperative Learning, Inc, 1992.
- Kagan S.: *Apprendimento cooperativo. L'approccio strutturale*. Edizioni Lavoro, Roma, 2000. ISBN 88-7910-953-7.
- Kamhi A.G. e Catts H.W.: *Language and reading: Convergence and divergence*. In: Catts H.W. e Kamhi A.G. (Eds.), Language and reading disabilities (pp. 1-24). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1999.

- Kamps D., Leonard B., Potucek J. e Garrison-Harrell L.: *Cooperative learning groups in reading: An integration strategy for students with autism and general classroom peers*. Behavioral Disorders, 21(1), 89-109, 1995.
- Kohler T., Matzler K., Hutter K., Thiemann R. e Fuller J.: *Experience design for communities in virtual worlds: come for the attraction, stay for the interaction*. OI: 10.1504/IJWBC.2011.039509, Vol.7 No. 2, 174 - 188, 2011.
- Kuzma J., Barnes S. e Oestreicher K.: *CAPTCHA accessibility study of online forums*. DOI: 10.1504/IJWBC.2011.041201, Vol.7 No. 3, 312 - 323, 2011.
- Land S.M. e Hannafin M.J.: *A conceptual framework for the development of theories-in-action with open-ended learning environments*. Educational Technology Research & Development, 44 (3), pp. 37-53, 1996.
- Land S.M. e Hannafin M. J.: *Patterns of understanding with open-ended learning environments: A qualitative study*. Educational Technology Research and Development, 45(2), 47-73, 1997.
- Land S.M.: *Cognitive requirements for learning with open-ended learning environments*. Educational Technology Research & Development, 48 (3), 61-78, 2000.
- Land S. e Hannafin M.: *Student-Centered Learning Environments*. In D. Jonassen and S. Land, (Eds), Theoretical Foundations of Learning Environments. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
- Land S.M. e Greene B.A.: *Project-based learning with the WWW: A qualitative study of resource integration*. Educational Technology Research and Development, 48 (1), 45-66, 2000.
- Land S.M. e Dornisch M.M.: *A case study of student use of an asynchronous bulletin board system to foster reflection and evaluation*. Journal of Educational Technology Systems. 30 (4), 365-377, 2002.
- Land S.M. e Zembal-Saul C.: *Scaffolding reflection and articulation of scientific explanations in a data-rich, project-based learning environment: An investigation of Progress Portfolio*. Educational Technology Research & Development, 51 (4), pp. 65-84, 2003.
- Land S.M.: *The design and evaluation of a CSCL tool to support reflection and revision of design projects*. Journal of Computing in Higher Education, 16 (1), pp. 68-91, 2004.
- Land S.M., Choi I. e Ge X.: *Scaffolding online discussions to promote reflection and revision of understanding*. International Journal of Instructional Media, 34 (4), 2006.
- La Prova A.: *Apprendimento cooperativo e differenze individuali. Attività ed esperienze per la Scuola primaria e secondaria di primo grado*. Edizioni Erickson, 2008.
- Lucarelli G.: *L'importanza della leadership*. Seminario del CRISS – Centro Interdipartimentale per la Ricerca sull'Integrazione Socio-Sanitaria, Ancona, Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Economia "Giorgio Fuà", 29.03.2011.
- Maimone F.: *Dalla rete al silos. Modelli e strumenti per comunicare e gestire*. Franco Angeli, 2007. ISBN 88-464-8456-8.
- Manghi S.: *La conoscenza ecologica: attualità di Gregory Bateson*. Milano, Raffaello Cortina, 2004.
- Manghi S.: *Il medico, il paziente e l'altro*. Milano, Franco Angeli, 2005.

Maroni R.: *Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia* - Legge-Quadro 5 Febbraio 1992, Art.41,Comma 8 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Anno 2004-2005. www.governo.it

Masini V. e Masini D. (a cura di L. Barbagli): *Disabilita' e counseling - Itinerari di ricerca, strumenti di intervento e di comprensione per l'integrazione delle persone disabili nella scuola italiana*. Ed. Prepos, Collana Counseling Scolastico, 2008.

Master in “*Assistive Technology – Ausili per l’Utenza Ampliata*” della Facoltà d'Ingegneria dell'Università di Trieste e del Consorzio Universitario di Pordenone . www.ing.units.i/bca

Meloth M. e Deering R.: *Task talk and task awareness under different cooperative learning situations*. *American Education Research Journal*, 31(1), 138-165, 1994.

Montiel-Overall P.: *Cultural competence in web-based instruction: a conceptual framework*. DOI: 10.1504/IJWBC.2010.033751, Vol.6 No. 3, 254 - 268, 2010.

Nambisan P., Gustafson D., Pingree S. e Hawkins R.: *Patients' sociability and usability experience in online health communities: impact on attitudes towards the healthcare organisation and its services*. DOI: 10.1504/IJWBC.2010.035841, Vol.6 No. 4, 395 - 409, 2010.

Orefice P. e Sarracino V.: *Nuove questioni di psicologia sociale*. FrancoAngeli, 2004. ISBN 88-464-5619-X.

Palincsar A.S.: *Keeping the metaphor of scaffolding fresh -- A response to C. Addison Stone's “The metaphor of scaffolding: It's utility for the field of learning disabilities.”* *Journal of Learning Disabilities*, 31, 370-373, 1998.

Palincsar A.S. e Brown A.L.: *Reciprocal teaching of comprehension-fostering and comprehension-monitoring activities*. *Cognition and Instruction*, 1, 117-175, 1984.

Pavan D. e Ellerani P.: *Insegnare a studenti con problemi attraverso metodologie differenziate di gestione della classe*. http://www.edscuola.it/archivio/comprendivi/cooperative_learning.htm, 2005.

Percy C. e S. Murray: *The role of an online peer-to-peer health community in addressing psychosocial concerns and social support in polycystic ovary syndrome*. DOI: 10.1504/IJWBC.2010.035838, Vol.6 No. 4, 349 – 361, 2010.

Polito M.: *Comunicazione positiva e apprendimento cooperativo*. Gardolo (TN), Edizioni Erickson, 2003, ISBN 88-7946-588-0.

Pressley M.: *Reading instruction that works: The case for balanced teaching*. New York, Guilford, 1998.

Previtera B.: Tesi del Master Universitario di II Livello in “Strategia e gestione dei sistemi a rete in sanità” *L'integrazione ospedale-territorio: uno strumento operativo*. Facoltà di Economia “Giorgio Fuà” dell'Università Politecnica delle Marche, A.A. 2008-2009.

Previtera B.: *Oltre le barriere*. Atti del Convegno “SensoriABILIS - Forum - Dal turismo accessibile all'accessibilità del territorio - Benessere, salute ed accessibilità oltre le barriere dell'età, del corpo e della mente”, Loreto (AN) 3 - 4 dicembre 2010. <http://www.sensoriabilis.it/>

Previtera B.: *L'integrazione fra Ospedale e Territorio nel corso di un trentennio del Sistema Sanitario Nazionale*. Edizioni Panorama della Sanità, in corso di stampa.

Proust M.: *À la recherche du temps perdu*. 1913-1927.

Ragaini F., *Nel contenitore della non autosufficienza - Abbozzi di ragionamento su politiche, interventi e servizi rivolti a persone con disabilità e ad anziani non autosufficienti*. Gruppo Solidarietà, 5 settembre 2011- www.grusol.it

Regione Piemonte: ICF-DIN - Progetti - *L'ICF e l'integrazione socio sanitaria in Piemonte*.mht
<http://www.icfitaly.it/stc/progetti2.asp?Style=8>

Regione Toscana: *Gestione integrata degli interventi socio sanitari per le persone con disabilità*.
<http://www.icfitaly.it/stc/progetti4.asp?Style=8>

Resnik L.B.: *Education and Learning to Think*. National Academy Press, Washington D.C., 1987.

Rossi E., *Interventi territoriali*, Salute e Territorio n.159, pp. 362-374, 2006.

Ruta C.: *Ai confini della medicina – Verso l'economia dell'essere*. Egea, 2006.

Scalzo A.: *Qualità e accreditamento in un sistema sanitario integrato*. In: Atti della Conferenza di Partecipazione e Servizio “Ospedali del Tirreno e Nuovi Percorsi Socio Sanitari”, Regione Calabria, 1 Giugno 2009.

Schitai A.: *Caring for Hispanic patients interactively: simulations and practices for allied health professionals*. JNSD 20(1):50-5 (2004) PMID 15076129.

Seymour H.N., Bland-Stewart L. & Green L.J.: *Difference versus deficit in child African American English*. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 29, 96-108, 1998.

Severino E.: *Sul “destino” della verità*. Estratto audio dal corso “Fede, volontà, destino” tenuto presso l'Università Vita – Salute, S. Raffaele di Milano nell'A.A. 2005-2006, Ed.Mimesis. Op. cit. da Ferrario P.: *Antologia del Tempo che resta*, 2011, <http://antemp.wordpress.com/about/?blogsub=confirming#subscribe-blog>.

Sharpe R. e Mackness J.: *Evaluating the development of a community of e-learning researchers: from short-term funding to sustainability*. DOI: 10.1504/IJWBC.2010.032232, Vol.6 No. 3, 148 - 163, 2010.

Silliman E.R., Ford C., Beasman J. e Evans D.: *An inclusion model for children with language learning disabilities: Building classroom partnerships*. Topics in Language Disorders, 19(3), 2001.

Simon H. (1947), *Administrative Behavior*, MacMillan, New York (tr. it. Il comportamento amministrativo, Il Mulino, Bologna, 1958) - (1966), *On the Concept of Organizational Goal*, in W. Hill, D. Egan (eds.), *Readings in Organization Theory, A Behavioral Approach*, Allyn and Bacon, Boston.

Smedley B.D.: *Moving Beyond Access: Achieving Equity In State Health Care Reform*. Health Affairs, 27, no. 2 (2008): 447-455. doi: 10.1377/hlthaff.27.2.447.

Snow C.E., Burns M.S. e Griffin P. (Eds.): *Preventing reading difficulties in young children*. Washington, DC: National Academy Press, 1998. Available: books.nap.edu/catalog/6023.html

Steketee C., Herrington J. e Oliver R.: *Distributed Cognition as an Instructional Framework*. Edith Cowan University, 1999.

Stone C.A.: *The metaphor of scaffolding: Its utility for the field of learning disabilities*. Journal of Learning Disabilities, 31, 344-364, 1998.

Surry D.W. e Land S.M.: *Strategies for motivating higher education faculty to use technology*. Innovations in Education and Training International, 37 (2), pp. 1-9, 2000.

Venza G.: *Dinamiche di gruppo e tecniche di gruppo nel lavoro educativo e formativo*. FrancoAngeli, 2007. ISBN 88-464-8542-4.

Vygotsky L.S.: *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press, 1962.

Vygotsky L.S.: *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

Zemal-Saul C., Munford D., Crawford B., Friedrichsen P. Land S.M.: *Scaffolding preservice science teachers' evidence-based arguments during an investigation of natural selection*. Research in Science Education, 32 (4), pp. 437-463, 2002.

Whitehead A.N.: *The aims of education*. MacMillan, 1929.

http://www.cpaonline.it/web/glossario/index.php?cat_id=2#q393

<http://www.disabili.com/prodotti-/12950>

<http://www.informanziani.it/modulo.php?id=985>

<http://www.larete-innovazione.it/>

<http://www.prepos.it/AREASCOLASTICA/La%20disabilit%C3%A0%20ed%20il%20counseling%20relazionale.pdf>

http://www.edscuola.it/archivio/comprendivi/cooperative_learning.htm

http://it.wikipedia.org/wiki/Apprendimento_cooperativo

http://www.notiziedellascuola.it/istruzione-e-formazione/linee-guida-sull2019integrazione-dell2019handicap/prot4274_09_all.pdf

<http://ospitiweb.indire.it/adi/CoopLearn/cooplear.htm>

<http://www.readingonline.org/articles/handbook/wilkinson/>

<http://clte.asu.edu/active/usingjig.pdf>

<http://www.vidyaonline.net/readings/tr15.pdf>

<http://www.aare.edu.au/99pap/ste99005.htm>

Dott.ssa Bice Previtiera

Dirigente Medico

Specialista in Neurologia

Specialista in Biochimica e Chimica clinica

Igiene e Sanità pubblica

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Zona Territoriale n. 7 - Ancona

Dipartimento di Prevenzione

Via Cristoforo Colombo, 106 - 60127 - Ancona

Tel. 071 8705916-7 - Fax 071 8705816

e-mail: biceprevitera@gmail.com