



Collana Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

LAVORARE INSIEME PER LA SALUTE

dalla multiprofessionalita'
alla transdisciplinarita'

a cura di
Leopoldo Sarli
Giovanna Artioli



La collezione editoriale Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale ha come obiettivo la diffusione di produzioni che sviluppano e portano al dibattito temi legati al campo della conoscenza e delle pratiche della Salute Collettiva e che derivano da azioni di cooperazione internazionale. Lo scopo è quello di mobilitare le analisi di confronto dei sistemi sanitari e, soprattutto, i dialoghi tra le iniziative, rafforzando e stimolando le pratiche collaborative, le discussioni e la crescita delle articolazioni dei ricercatori e degli operatori sanitari ed educativi intorno a temi comuni rilevanti per il campo della salute e delle politiche pubbliche. Le opere sono pubblicate in portoghese, spagnolo, italiano o inglese, cercando di sviluppare edizioni bilingui, per promuovere la più ampia portata possibile dei risultati e rafforzare lo scambio tra ricercatori e istituzioni nel campo della salute collettiva e dell'area dell'educazione nella salute. Le pubblicazioni seguono il flusso editoriale dell'Editora Rede Unida.

La serie ha il coordinamento editoriale di: Alcindo Antônio Ferla (Brasile), Maria Augusta Nicoli (Italia), Emerson Elias Merhy (Brasile), Ricardo Burg Ceccim (Brasile) e Ardigò Martino (Italia).

Questa pubblicazione è stata realizzata dal Gruppo di lavoro “Interprofessional Research in Medical Humanities for Global Health” del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma grazie alla mobilitazione di una rete di ricercatori ed esperti di istituzioni pubbliche e private che sono stati invitati a condividere le loro riflessioni sul tema in occasione del seminario internazionale “Lavorare assieme per la salute: dalla multiprofessionalità alla transdisciplinarietà”, tenutosi dal 20/04/2023 al 11/05/23.

A CURA DI
Leopoldo Sarli
Giovanna Artioli

Collana Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

LAVORARE INSIEME PER LA SALUTE

**dalla multiprofessionalita'
alla transdisciplinarita'**

1a Edizione
Porto Alegre
2023

editora



redeunida

Coordinatore Generale dell'Associazione Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordinamento editoriale

Direttore editoriale: **Alcindo Antônio Ferla**

Editore associate: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Comitato Scientifico-Editoriale

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda da Silva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comitato tecnico

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Direttore di collana (Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale)

Alcindo Antonio Ferla

Ardigò Martino

Emerson Elias Merhy

Maria Augusta Nicoli

Ricardo Burg Ceccim

Supervisione a cura di

Alcindo Antônio Ferla

Clelia D'Apice

Leopoldo Sarli

Ricardo Burg Ceccim

Rosângela De Simone

Testi e schede di approfondimento a cura di

Leopoldo Sarli

Giovanna Artioli

Clelia D'Apice

Impaginazione ed editing a cura di

Lucia Pouchain

SCHEDA CATALOGO

Dati Bibliografici Programma Cataloguing-In-Publication (CIP)

L414

Lavorare insieme per la salute: dalla multiprofessionalità alla transdisciplinarietà / A cura di Leopoldo Sarli e Giovanna Artioli – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Casa Editrice Rede Unida, 2023.

393 p. (Collana Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale, v. 17).

E-book: 7.80 Mb; PDF

Include bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-076-5

DOI: 10.18310/9786554620765

1. Interprofessionalità. 2. Salute Pubblica. 3. Equipe di Assistenza ai Pazienti. 4. Personale sanitario. I. Titolo. II. Oggetto. III. Curatore editoriale.

NLM WA 108

CDU 614.2

Scheda catalogo realizzata dal bibliotecaria Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Tutti i diritti su questa edizione sono riservati alla Casa Editrice Rede UNIDA
Via São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: +55 51 33911252

www.redeunida.org.br



INDICE

PREMESSA	09
<i>Leopoldo Sarli</i>	
PRESENTAZIONE IL PODCAST	10
<i>Gruppo di lavoro “Interprofessional Research in Medical Humanities for Global Health”</i>	
PARTE PRIMA INTERPROFESSIONALITA’: DEFINIZIONE ED AMBITI	33
UNA ESPERIENZA TRA FORMAZIONE E RICERCA	34
<i>Giovanna Artioli, Leopoldo Sarli</i>	
INSIEME: LE OPPORTUNITA’ DELLA COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE.....	56
<i>Stefano Tomelleri</i>	
RIFLESSIONI SULL’INTERPROFESSIONALITA’ OGGI	66
<i>Barbara Sena</i>	
L’INTERDISCIPLINARITA’ NELLA RICERCA	79
<i>Mario Amore, Leopoldo Sarli</i>	
L’INTERDISCIPLINARITA’ NELLA FORMAZIONE	97
<i>Monica Bianchi</i>	
COMPETENZE INTERPROFESSIONALI CHIAVE IN AMBITO SANITARIO E SOCIALE: DALLA DEFINIZIONE ALLA VALUTAZIONE	109
<i>André Vyt</i>	
SIMULARE LE INTERPROFESSIONALITA’.....	116
<i>Federico Monaco</i>	
L’ARCHITETTURA DEI “LUOGHI E CENTRI DI SALUTE COMUNITARIA”	126
<i>Carlo Quintelli</i>	
LE SCIENZE POLITICHE IN SALUTE GLOBALE, UN ESEMPIO DI INTERPROFESSIONALITA’.....	138
<i>Clelia D’Apice</i>	

PARTE SECONDA | LA SALUTE E I SUOI LINGUAGGI 143

RUOLO DEI MASS-MEDIA E DELLA CULTURA SOCIALE NELLA GESTIONE IN SANITA' 144

Federica Sorrentino, Nadia Grillo

VERSO UNA INDISCIPLINA RIGOROSA 158

David Le Breton

I SAPERI DEL PAZIENTE PER LA TRANSDISCIPLINARITA' 168

Chiara Moretti

DIALOGARE PER INTEGRARE: L'IMPLEMENTAZIONE DELL'APPROCCIO DIALOGICO IN EMILIA-ROMAGNA 187

Giulia Rodeschini, Silvia Zoli

LA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE: UNA PANORAMICA DI RESPONSABILITA' OLISTICA 196

Maria Bertuol, Federico Dibennardo

FAVORIRE LA INTERPROFESSIONALITA' ATTRAVERSO LA DIGITALIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CURA: SFIDE ED OPPORTUNITA' NELLA DIGITAL HEALTH 206

Antonio Bonacaro

RICERCA APERTA E OPEN DATA PER LE SFIDE DI OGGI E DI DOMANI 214

Paola Masuzzo

DISABILITA', AUTODETERMINAZIONE E QUALITA' DELLA VITA. 219

Dimitris Argiropoulos

SALUTE E ATTIVITA' FISICA: CARATTERE MULTIDISCIPLINARE E AZIONI D'INTERVENTO 240

Marco Vitale Marco, Giuliana Gobbi, Prisco Mirandola, Giancarlo Condello

PARTE TERZA | INTERPROFESSIONALITA' E POLITICHE 246

CONSIDERAZIONI SULLE POLITICHE SOCIO-SANITARIE: QUADRO FINANZIARIO PLURIENNALE DELL'UNIONE EUROPEA 247

Graziano Lorenzon

COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE NELLE POLITICHE LOCALI 281

Augusta Nicoli

INTERPROFESSIONALITA' E POLITICHE DI GESTIONE DELLA FORMAZIONE E DEL LAVORO NELLA SANITA': UNO SGUARDO DALLE POLITICHE INTERNAZIONALI, IL CASO BRASILIANO290

Ricardo Burg Ceccim

I BENEFICI DELL'INTERPROFESSIONALITA' NELL'ESPERIENZA SVIZZERA316

Peter Berchold

EDUCAZIONE INTERPROFESSIONALE IN MYANMAR PRIMA E DOPO IL COLPO DI STATO319

Zaw Wai Soe

PARTE QUARTA | VERSO LA TRANSDISCIPLINARITA'325

TRANSDISCIPLINARITA' IN SALUTE GLOBALE326

Benedetta Armocida, Martina Valente, Alessandra Tisi, Clelia D'Apice, Beatrice Formenti

I DETERMINANTI DI SALUTE342

Chiara Federica Bodini

MEDICINA TRADIZIONALE345

Mario Ferraguti

SVILUPPARE MODELLI EDUCATIVI E CLINICI DI CURA SPIRITUALE INTERPROFESSIONALE: UNA COMPONENTE ESSENZIALE DELLA CURA INTEGRALE DELLA PERSONA347

Christina M. Puchalski

L'IBRIDAZIONE PROFESSIONALE: ONTOLOGICA ED EPISTEMICA....351

Roberto Lusardi

LAVORO IN EQUIPE MULTIPROFESSIONALE, INTERPROFESSIONALITA' E MATRICIAMENTO: UN SAGGIO SU IDEE E PRATICHE NEL CAMPO DELLA SALUTE COLLETTIVA BRASILIANA356

Alcindo Antonio Ferla

PENSIERO DECOLONIALE NELLA SALUTE COLLETTIVA VERSO LA COSTRUZIONE DI UN NUOVO MONDO370

Túlio Batista Franco

AGIRE NELLA COMPLESSITA'380

Sandra Rossi

NOTE SUGLI AUTORI E COLLABORATORI386

PREMESSA

Leopoldo Sarli

[...] non esistono conseguenze dirette tra gli eventi, ma innumerevoli inneschi che portano a innumerevoli conclusioni per la casualità delle loro interazioni.

(Richard Phillips Feynman, fisico, premio Nobel nel 1965)

Questo volume è il risultato dell'impegno del gruppo di lavoro interprofessionale "INTERPROFESSIONAL RESEARCH IN MEDICAL HUMANITIES FOR GLOBAL HEALTH" del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma. Tutti i componenti di quel gruppo di lavoro hanno creduto nell'importanza dell'iniziativa che ha consentito la nascita di questo libro. Abbiamo organizzato assieme 4 webinar internazionali sul tema del lavorare assieme per la salute in una collaborazione interprofessionale che consenta il passaggio dall'attuale condizione di lavoro multidisciplinare ad una condizione che dia vita all'interdisciplinarità ed poi alla transdisciplinarità. Ai 4 incontri hanno partecipato professionisti di diversa estrazione culturale di diverse parti del mondo ed i loro interventi hanno dato vita ad un puzzle con le diverse sfaccettature che caratterizzano il tema. I loro contributi sono tutti riportati in questa iniziativa editoriale e la loro lettura da un'idea di cosa può produrre un vera collaborazione interdisciplinare.

Voglio qui ringraziare Giovanna Artioli che tra mille difficoltà personali ha fortemente voluto contribuire alla costruzione di queste pagine. Voglio ringraziare tutti i componenti del gruppo di lavoro di cui ho l'onore di far parte e voglio doverosamente ringraziare tutti gli autori che con i loro contributi hanno messo a disposizione le loro diverse competenze sia di coloro che hanno partecipato ai webina sia, soprattutto, di quanti avranno la possibilità di leggere questa pubblicazione online.

PRESENTAZIONE

IL PODCAST

Gruppo di lavoro
“Interprofessional Research
in Medical Humanities
for Global Health”

Molti artisti negli anni trenta del secolo scorso alimentarono la loro vena artistica con contaminazioni interdisciplinari. Pittori, fotografi, musicisti, poeti, scrittori, giornalisti, registi, coreografi si incontravano nei bar delle grandi città europee, si scambiavano esperienze ed arricchivano il loro background. L'arte di alcuni di loro si esprimeva in modo interdisciplinare con ottimi risultati; per citare alcuni esempi mi vengono in mente Luigi Veronesi, Ennio Flaiano ed il movimento surrealista femminile. Gli artisti, come si sa, precorrono i tempi e così un po' più avanti negli anni il valore culturale dell'interdisciplinarietà si è fatto strada nei campi più svariati del mondo della cultura, delle professioni, del lavoro in genere, della società. Jean Piaget l'ha definita «collaborazione fra discipline diverse o fra settori eterogenei di una stessa scienza con interazioni vere e proprie, reciprocità di scambi, tale da determinare mutui arricchimenti» (Piaget, 1982). Uno sviluppo di questa interpretazione si trova nel concetto di “meticciamiento” o di “ibridazione” ed ancora di più in quello di “creolizzazione” che aggiunge l'aspetto creativo proprio dell'incontro, della comunicazione, la costruzione di significati originali tra persone che interpretano delle culture, sistemi di pensiero differenti (Gnisci, 2001).

Edgar Morin tuttavia più recentemente ha osservato come ci sia

un'inadeguatezza sempre più ampia, profonda e grave tra i nostri saperi disgiunti, frazionati, suddivisi in discipline da una parte, e realtà o problemi sempre più polidisciplinari, trasversali, multidimensionali, transnazionali, globali, planetari dall'altra. Invece di opporre correttivi a questi sviluppi, il nostro sistema di insegnamento.... ci insegna, a partire dalle scuole elementari,

a isolare gli oggetti dal loro ambiente, a separare le discipline, a disgiungere i problemi, piuttosto che a collegare e a integrare (Morin, 2000).

Esiste ancora quindi una netta divaricazione tra quanto si osserva nell'organizzazione delle attività professionali chiuse in recinti nettamente separati dentro ai quali si rivendicano competenze esclusive con una difesa di interessi di tipo lobbistico e l'opinione ormai diffusa secondo la quale una società sviluppata deve porre attenzione a una dimensione interdisciplinare che nasce dall'esigenza di avvicinare la cultura "alla vita e alla complessità e interconnessione dei fenomeni umani che, oggi più che mai, trovano evidenze nella globalizzazione, e l'internazionalizzazione degli scambi economici e commerciali, negli imponenti fenomeni migratori, nella politica e, con tragica rilevanza, nelle varie implicazioni della pandemia" (Caon & Brichese, 2021). Nell'idea del lavorare assieme per la salute questa divaricazione appare ancor più evidente e proprio la pandemia causata dal coronavirus Sars-CoV-2 ha messo in particolare evidenza che la gestione della salute non può non tenere conto dell'intervento di professioni diverse, che operino in modo "sinergico". Durante i tristi giorni dell'esplosione di casi di covid-19 è stato necessario fare ricorso oltre che ai medici e agli infermieri anche agli psicologi, agli assistenti sociali e agli informatici per l'elaborazione degli open data, agli economisti per fronteggiare le ricadute economiche delle misure messe in atto per contenere la diffusione del virus, a sociologi e antropologi per comprendere il più ampio impatto che la pandemia sta avendo sugli assetti sociali e sulle molteplici sfere dell'esperienza delle persone, con ricadute importanti sulla loro salute. È ormai opinione diffusa che la salute sia un bene che non può non tenere conto dello stato dell'agricoltura, dell'industria, dell'acqua, dell'ambiente in genere e, di conseguenza, le professioni coinvolte nella difesa di questo diritto sono quanto mai numerose. Si parla pertanto di interdisciplinarietà e di interprofessionalità al servizio della salute.

Altro aspetto connesso al precedente è l'internazionalità della gestione della salute: la salute è un bene comune, è un bene globale. Molta letteratura e molteplici esperienze documentano come sistemi sanitari meno evoluti

possono fornire utili indicazioni per il miglioramento del servizio offerto da sistemi sanitari altamente evoluti e naturalmente viceversa. Questo passaggio di competenze dall'esperienza di un paese a quella di un altro paese allarga la prospettiva dell'interdisciplinarietà.

Il tema è quindi ampio e complesso, e numerose sono le sfaccettature ad esso connesse: l'aspetto comunicativo, quello relazionale, la percezione dei ruoli, la valutazione dell'efficacia, il riconoscimento degli ostacoli che possono essere psicologici, sociali, semantici, medico-legali, la conoscenza delle normative, il ruolo della formazione, il ruolo dei mass-media, il ruolo della ricerca, le possibilità offerte dalla digitalizzazione, il ruolo del paziente, quello della politica, solo per citarne alcune.

È proprio questa complessità che ha spinto il nostro gruppo di lavoro, assolutamente interdisciplinare, del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma ad organizzare un Webinar sul tema della interdisciplinarietà e transdisciplinarietà in salute.

Ogni componente del gruppo di lavoro ha messo in evidenza in questo primo capitolo un tema riguardante il lavoro comune per la salute.

Leopoldo Sarli - Medico

Il team che propone questa serie di riflessioni è interdisciplinare. Si occupa di didattica e ricerca in sanità con il contributo della collaborazione di medici, infermieri, psicologi, sociologi, antropologi, pedagogisti, politologi e considera una ricchezza l'incontro di tante diverse competenze che consentono di affrontare le tematiche del lavoro quotidiano da punti di vista differenti. Anche i professionisti che operano nelle strutture sanitarie fanno, ormai da molti anni, che nell'organizzazione sanitaria si sta verificando il passaggio da una organizzazione assistenziale, caratterizzata da percorsi di cura costruiti attorno ad una figura di riferimento e ad una disciplina di riferimento, ad una dimensione ulteriore, rappresentata dal lavorare insieme basata sull' "attenuamento dei ruoli", ovvero una non focalizzazione sui ruoli professionali quale elemento identitario interdisciplinare, invitando quindi i professionisti a non trincerarsi dietro

il proprio ruolo e facendo piuttosto leva sulla capacità di comunicazione e cooperazione (Hall & Weaver, 2001).

La pandemia di covid-19 poi ha messo ancor di più in evidenza quanto per garantire un'assistenza adeguata alla popolazione sia necessaria l'esistenza di team multiprofessionali. E' apparso a tutti evidente come fosse necessaria la partecipazione al team di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, operatori sanitari, e quanto fosse utile per queste figure professionali avvalersi del contributo professionale di microbiologi, virologi, tecnici di laboratorio, ma anche di statistici, di esperti in comunicazione, di politici e persino di esperti di relazioni internazionali. La pandemia ha reso evidente a tutti quanto l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostenendo già dal 1988 con il rapporto "Learning together to work together for health" che ha rappresentato un significativo punto di svolta per la collaborazione interdisciplinare (WHO, 1987). Anche l'OCSE, molto più recentemente, ha previsto un futuro per le cure primarie che si realizzerà tramite team multiprofessionali composti da medici, infermieri e assistenti sanitari, dotati di tecnologia digitale e integrati con servizi di assistenza specializzati (OECD, 2020).

Pur essendo il lavoro in team auspicato in vari ambiti sanitari, tuttavia, non c'è una definizione chiara di tale concetto. Nel 2008 Xyrichis e Ream hanno definito il lavoro in team come

Un processo dinamico che coinvolge due o più professionisti nell'ambito della salute con formazione e competenze complementari che condividono obiettivi comuni per la salute ed esercitano interventi fisici e mentali concertati nell'assessment, la pianificazione o la valutazione nella cura del paziente. Ciò è integrato da collaborazione interdipendente, comunicazione aperta e condivisione dei processi decisionali. Ciò deve generare valore aggiunto per il paziente e un outcome sia organizzativo che relativo ai componenti del team (Xyrichis & Ream, 2008, p. 238).

Da questa definizione ha preso origine la discussione che distingue il lavoro in team in multiprofessionale, interprofessionale e transprofessionale con la messa in campo di competenze multidisciplinari, interdisciplinari e transdisciplinari. Non si tratta soltanto di una disquisizione semantica ed i

contributi che seguiranno lo documenteranno. E documenteranno anche il perchè il concetto di salute che è insito nella definizione dell'OMS "La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia", cui nel 2009 è stata aggiunta la definizione di salute come capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive (The Lancet, 2009) allarga il campo delle competenze necessarie per influire positivamente sui determinanti di salute (Rockström, 2009). Nonostante la condivisione generale dell'idea che la cura necessita di collaborazione interprofessionale la realizzazione di questa idea trova ancora oggi difficoltà ed anche l'analisi di queste ragioni costituisce argomento delle disamine successive.

Federico Dibennardo - Psicologo

Il concetto di interprofessionalità per me è l'unico possibile nel panorama del futuro, sia da un punto di vista della formazione che da un punto di vista di cura dell'essere umano e quindi sanitario.

L'interprofessionalità fa capo alla possibilità di operare e di collaborare tra professionalità diverse, più individualità, sguardi che convergono in un unico lavoro e artefatto, questo credo che sia l'unica strategia per potersi prendere cura dell'essere umano a 360 gradi. Veniamo da una cultura estremamente divisiva rispetto agli ambiti di competenza, come le aree di sofferenza delle persone. Ogni specialista per ogni area di interesse, quasi per ogni disturbo. Questa divisione manca di globalità quando ogni singola parte non entra in contatto con l'altra, perdiamo mondi e universi quando escludiamo la possibilità che la nostra visione sia solamente parziale sulle cose, sul mondo e sulla salute.

La cura deve tenere conto dell'impossibilità di scindere le persone in una parte medica, in una parte psicologica, in una parte sociale ed una parte educativa. L'essere umano deve essere considerato come unicum, come entità che a 360 gradi racchiude tanti aspetti. La cura che tenga conto di tutti questi aspetti è l'unica possibile e la cura che tenga conto di tutti questi aspetti è una cura interprofessionale.

L'interprofessionalità quindi è importante ed insieme a lei diventa estraparzialmente importante dare valore al concetto di transdisciplinarietà; la capacità di formarsi, di creare dei confini valicabili, sconfinabili tra i vari professionisti. La transdisciplinarietà consente la contaminazione tra diversi saperi, consente di fornire al professionista uno sguardo ampio, maturo e sempre in evoluzione.

Federica Sorrentino - Giornalista

L'interdisciplinarietà rappresenta allo stato attuale, così come nell'evoluzione delle forme di comunicazione mediatica, un metodo e un modello di confronto e verifica calati in processi di continuità relazionali.

La trasmissione di informazioni si traduce in trasferimento di competenze che convergono da ciascuna fonte, purché verificata e considerata attendibile, formando ciò che diventa contenuto da assiemare e rendere fruibile, ovvero comprensibile.

Tanto più chiaro è il linguaggio, tanto più esso concorre a rendere concetti e presentare situazioni in modo oggettivo. Sotto questo aspetto, l'esperienza della pandemia ha segnato un vero e proprio spartiacque, richiamando massimamente il ruolo degli attori coinvolti in modo diretto nella gestione dell'emergenza e, nel contempo, alla responsabilità sociale chi opera con gli strumenti e all'interno dei canali di comunicazione.

Nello specifico, la trattazione delle tematiche relative alla pandemia ha veicolato gli operatori dell'informazione verso le problematiche sanitarie, connesse all'emergenza ed estese agli aspetti operativi e organizzativi, ponendo l'attenzione sull'impatto sociale ed economico, sull'influenza che il quadro emergenziale ha avuto sui comportamenti a livello individuale, nei rapporti interpersonali e professionali, sul cambiamento delle abitudini e sulla tendenza a privilegiare talune scelte, a livello privato e di lavoro, a discapito di altre.

In tale processo di analisi dei comportamenti sociali emerge la consapevolezza dell'importanza assunta dall'interprofessionalità, necessaria per sviluppare una collaborazione sempre più efficace tra persone appartenenti a diverse professioni, facendo sì che ognuno sia in grado di assumere le proprie

responsabilità e, in modo coordinato, mettere a disposizione il proprio livello di conoscenza e competenze.

Sia la comunicazione interna, in chiave interprofessionale, che esterna, resa attraverso comunicazioni e/o dichiarazioni ufficiali, richiede che la raccolta di informazioni utili provenga da fonti verificabili, garantendo adeguato livello di credibilità e fiducia che concorre a formare la reputazione personale e del team.

Federico Monaco - Sociologo

La Big Science affermatasi negli anni 40 del secolo scorso e le Macy Conferences sulla Cibernetica sono tra gli esempi più convincenti sulla necessità di affrontare interdisciplinariamente la comprensione della complessità della natura e della società. Infatti, si trattava in entrambi i casi di gruppi di scienziati e esperti che provenivano da esperienze e discipline molto differenti, cosa che fu determinante per i breakthrough nella scienza, nell'evoluzione della speculazione filosofica, psicologica e sociale e nell'innovazione tecnologica che ancora oggi viviamo. Al tempo stesso il Tavistock Institute si occupava dello studio dei sistemi socio tecnici nelle organizzazioni in cui diverse professioni interagivano lungo tutta la catena produttiva e della distribuzione delle merci e servizi. Nel campo tecnologico diversi esperti e diverse professioni iniziarono a collaborare e interagire con sistemi esperti delegando alle macchine porzioni importanti nell'automazione e informatizzazione dei processi insiti nelle pratiche, che portò tra l'altro a nuovi campi di ricerca e nuove discipline.

L'accumulazione flessibile e i processi snelli di produzione furono la conseguenza della crisi economica degli anni 70 con la revisione del paradigma fordista. Nascono il toyotismo col *kaizen* ("migliorare" in giapponese), i circoli di qualità, i team e lo studio della qualità nei processi oramai informati.

La svolta post-colonialista dell'Antropologia, della Filosofia dei paradigmi e delle rivoluzioni kuhniiane fino allo sviluppo di una Sociologia riflessiva permisero di entrare negli stessi templi delle scienze più dure - i laboratori - dando inizio ai cosiddetti *lab studies*. Lo studio dell'interazione e collaborazione in reti presenti anche nelle rappresentazioni sociali più forti della razionalità portarono a comprendere quanto ciò che veniva presentato come eliminazione progressiva

dell'incertezza, si trattasse invece di asimmetrie e di tracce che venivano fatte sparire nella complessità delle reti e delle micropolitiche di disciplina dei corpi, chiudendo artefatti e definendo resistenze nelle pratiche materiali discorsive. La non purezza della scienza venne ad esempio messa in evidenza negli anni 80 con l'AIDS e la reticenza della ricerca biomedica ad affrontarlo, dato che essa etichettava i sieropositivi, molti omosessuali e tossicodipendenti, come classi comunque a rischio. Tale reticenza fu tuttavia superata con le raccolte di fondi per la ricerca ad opera di associazioni di pazienti e cittadini, nonché dall'impegno di grandi nomi dello spettacolo per decostruire i pregiudizi nel mondo della cura.

La globalizzazione e l'informatizzazione non hanno solo creato un villaggio globale, ma hanno dato sensi diversi a identità, oggetti e relazioni trovate nei cosiddetti oggetti liminali, abbastanza resistenti da transitare in mondi sociali diversi, ma plasmabili a seconda dei contesti, nelle classificazioni, negli standard e nelle ontologie stesse.

Il rapporto tra discipline e professioni ha portato sempre di più a includere nelle prospettive di osservazione e di analisi cosa avvenga nei diversi mondi sociali. Le culture e i contesti vanno visti come risorse e punti di riferimento per ancorare le identità dei gruppi di lavoro "meticci", costruirne socialmente la memoria e ripensare schemi e dinamiche. In ciò il rapporto con i pazienti passa da costitutivo a costruttivo della cura nell'*empowerment* ed *engagement* del paziente.

Quil concetto di comunità di pratica in domini contestuali e apparentemente autopoietici è fondamentale. È fondamentale perché l'interdisciplinarietà riflette proprio il modo nuovo in cui avvengono le pratiche e come continueranno in effetti ad evolvere fondandosi su dei principi di confronto, nella relazione anche a distanza, per accertare empiricamente, fenomeni ed eventi, misurarli ma anche interpretarli, quindi porli all'interno di un contesto dotato di senso.

Le reti ci hanno liberati dalle dicotomizzazioni in *episteme* e *doxa* dei fatti armatura del mondo. Il pubblico e i pazienti stessi sono cambiati e guardano alle discipline e professioni come mondi non più da comprendere, ma in cui entrare a farne parte. Pertanto, non è il paziente che va messo al centro, ma la cura, la ricerca di alternative e la gestione del cambiamento nel passaggio dalle scienze della vita a quelle del vivente, degli stili di vita e dell'intimità della relazione tra cosa comprendiamo nella riflessione professionale e quali mezzi utilizziamo per farlo.

La sfida più grande per l'interdisciplinarità ora è quella di raggiungere appunto il pubblico, è quella di raggiungere la società.

Andrea Torsello - Psicoterapeuta

La storia dell'uomo è costellata di numerosi tentativi, più o meno significativi, di sistematizzare lo studio dei fenomeni e dei sistemi intervenienti. I modelli conoscitivi hanno più volte rappresentato, essi stessi, il focus delle ricerche proprie di tutte le discipline che sono sorte sotto l'egida della Scienza, dimostrando la bontà della collaborazione tra le differenti branche del sapere nel fornire uno sguardo sempre più accurato sui fenomeni umani.

Nella fattispecie, parlare di interprofessionalità in Sanità ha rappresentato un punto di arrivo di teorizzazioni che sembrerebbero partire da lontano, seppur appaia assai difficile tratteggiarne un punto di origine univoco. Eppure si potrebbe identificare un momento storico che fu di gran fermento circa il "dialogo" tra le discipline e vide la partecipazione di numerosissimi rappresentanti dei differenti saperi: le Macy Conferences (Abraham, 2020), tra gli anni '40 e '50, hanno rappresentato uno dei tentativi più riusciti e duraturi per parlare di interdisciplinarietà. In tali talk, eminenti studiosi si incontrarono con il fine di proporre una visione unificata della Scienza e gettare le basi per uno studio poliprospektivo ai Sistemi umani e non, arrivando, così, a numerose acquisizioni in vari campi come la psicologia, l'economia, la processazione delle informazioni, lo studio della comunicazione, solo per citarne alcuni e arrivando alla proposta di un nuovo modello epistemologico, la Cibernetica.

Attraverso le osservazioni provenienti da questo campo e prevalentemente incarnate da studiosi come Gregory Bateson si è giunti a porre sull'uomo uno sguardo che ne tenesse in considerazione la complessità e la connessione con il contesto. Per tutta la vita Bateson (Bateson, 1976, 1984) ha alimentato uno sguardo sul mondo che mirasse a integrare gli elementi costitutivi, a conoscerne i processi, le differenze e le possibili applicazioni. Dal suo interesse per gli esseri viventi e per l'uomo, nello specifico, si è potuti giungere ad uno sguardo sistemico dell'individuo e del suo contesto di vita.

In tale direzione, il mondo della interdisciplinarietà, a mio modo di vedere, ha trovato così ampia trattazione e un successivo sviluppo che è esitato, in Sanità, nello specifico, nella definizione che la Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) diede, nel 2010, di collaborazione interprofessionale, riconoscendola come una strategia innovativa e centrale nella gestione dei bisogni sanitari e della workforce sanitaria, presente e futura, rispetto al continuo aumento della complessità, anche della logica di cura. La collaborazione multiprofessionale rappresenta figura e sfondo entro cui evidenziare numerosi benefici, stando alle linee guida dell'OMS e alle evidenze della letteratura successiva: tale prospettiva porterebbe benefici sulla qualità percepita dai pazienti circa le prestazioni sanitarie, sulla collaborazione team-based e, non ultima, sulle organizzazioni sanitarie in termini economici e prestazionali.

Difatti, numerosi contesti sanitari, a livello mondiale, stanno dedicando sempre più ricerca e formazione alle collaborazioni interprofessionali, non più in un'ottica di giustapposizione tra professionalità ma bensì una ricorsiva contaminazione che consenta ai team sanitari una permeabilità alla "alterità" e alla comunicazione aperta che tenesse conto anche di un nuovo interesse e una nuova prospettiva rispetto ai pazienti. Una maggiore compenetrazione tra saperi e un rinnovato interesse per il paziente, uno sguardo a tutto tondo, comporterebbe un incremento di qualità delle cure, una maggior soddisfazione dei pazienti, una ottimizzazione delle degenze e la susseguente riduzione della spesa sanitaria. Tali caratterizzazioni del lavoro in team sanitari così contraddistinti rappresenterebbe un approccio alla persona situato, contestuale e complesso che non sono si prospetta come funzionale modello di cura ma parrebbe poter essere un processo sostenibile sotto un profilo assistenziale che umanistico che, in un mondo in rapidissima evoluzione, fornirebbe un terreno fruttifero sotto svariati profili: epistemico, operativo, relazionale e organizzativo.

Comedisce un saggio, il futuro non si può fermare e l'interprofessionalità, se non, perfino la transprofessionalità, rappresentano "il migliore dei mondi possibili" per l'uomo e il presente ce lo sta progressivamente affermando e, forse, dimostrando.

Clelia D'Apice - Relazioni internazionali

Che cosa significa e che cosa racchiude il concetto di interdisciplinarietà? Quali sono le sfide future nel mondo dell'interdisciplinarietà in salute?

Il significato di interdisciplinarietà in salute si allarga quando si considera la salute come salute globale e come bene comune. Che cosa significa?

La salute, quella di ciascuno di noi, non può essere pensata come un bene privato, come una faccenda individuale – che è l'approccio tradizionale del nostro sistema sanitario nazionale. La salute ha invece tutte le caratteristiche di un bene comune, di un bene comune globale.

Gli economisti classificano i beni sulla base dell'intensità con cui possiedono due caratteristiche, l'escludibilità e la rivalità. I global commons, i beni comuni globali, di cui la salute fa sicuramente parte, sono quei beni comuni il cui effetto si dispiega ben oltre i limiti dei confini nazionali.

Siamo passati molto velocemente, negli ultimi decenni, da una situazione nella quale la salute del singolo era una faccenda puramente privata, o al massimo familiare, alla consapevolezza che, invece, la salute è una faccenda sociale globale. Si parla oggi di one health: la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono indissolubilmente connesse. La pandemia da covid-19 ce l'ha dimostrato molto chiaramente.

Se una società riconosce che la salute è un bene comune primario, allora saranno tutte le politiche pubbliche a doversi assumere l'obiettivo della sua tutela. Riconoscere la salute come un bene comune, accessibile a tutti, indisponibile e inalienabile, comporta la massima assunzione di responsabilità sociale da parte di tutte le politiche pubbliche.

La salute concepita come bene comune, come one health, ristabilisce quindi la gerarchia di valori a cui tutte le politiche economiche, gli assetti produttivi, le infrastrutture, i servizi pubblici, la ricerca scientifica, l'istruzione, l'agricoltura, la tutela ambientale e quant'altro, dovranno essere finalizzati. Si tratta di un'idea di salute come progetto, come paradigma che, considerando la portata della sfida, richiede necessariamente un approccio interdisciplinare.

Chiara Moretti - Antropologa

In quanto evento globale, che ha interessato interi assetti sociali, economici e politici, la pandemia da covid-19 ha certamente costituito un evento marcatore nel campo della salute, della malattia, e della cura, dei modi in cui percepiamo, interpretiamo e viviamo questi fenomeni. Forse, più di altri eventi ha richiamato alla memoria quella definizione del 1948 del Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che vede la salute come uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità*; o ancor meglio, ha reso particolarmente attuale quanto già affermato nel 1986 dalla Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, e cioè che le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, un tetto, l'istruzione, il cibo, il reddito, uno stabile eco-sistema, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equità. Sottolineo "attuale" perché la situazione che stiamo vivendo oggi, caratterizzata da più emergenze (quella climatica, sanitaria, sociale, economica), ci costringe a ripensare la salute in un'ottica più complessa, a far dialogare i saperi e le conoscenze in una prospettiva dove la multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà non sono del tutto sufficienti e dove queste, forse, potrebbero cedere il passo a un approccio transdisciplinare, capace di integrare e trascendere - a partire da una condivisione di riferimenti concettuali e metodologici e alla luce di un ampliamento della visione sulle questioni da affrontare - le diverse prospettive disciplinari per creare una nuova forma di sapere.

La transdisciplinarietà costituisce certamente una sfida poiché consiste in una sorta di orchestrazione delle scienze, e un po' come in un'orchestra dove bisogna accordare gli strumenti per collaborare a un'esecuzione musicale, anche in questo caso si tratta di ascoltare le diverse voci, rendere armonica una polifonia, creare assieme un nuovo discorso.

Se parliamo di transdisciplinarietà, stiamo parlando di più saperi, di più competenze, di più culture in dialogo tra loro. Ed è all'interno di questo quadro che è importante ripensare anche a quella che spesso risulta essere una voce poco ascoltata, o una prospettiva poco considerata, cioè quella del paziente, della persona che si rivolge al professionista della salute e che avanza una richiesta di assistenza.

Ci si dimentica spesso, infatti, che il paziente sviluppa un sapere e una competenza sul proprio stato di salute o su quello di malattia, saperi e competenze che si rafforzano alla luce di una interpretazione su ciò che sta accadendo al proprio corpo, di una personale visione sullo stesso concetto di salute, prevenzione e di cura, termini, questi, che spesso potrebbero assumere significati diversi rispetto a quelli dati dal professionista e che, per questa ragione, andrebbero ridiscussi *assieme* al fine di garantire un esito positivo della stessa relazione terapeutica.

Certamente per farlo è importante superare quella visione che vede il sapere del professionista appartenere a una sapienza scientifica e quello del paziente alla “credenza”, a un corpus di conoscenze ritenute profane (Napier et al., 2014). Questo permetterebbe di ripensare la relazione come paritetica e non asimmetrica, capace cioè di riconoscere la legittimità di codici di lettura differenti su uno stesso fenomeno ponendoli in comunicazione (Quaranta, 2012). Forse pensare la salute e la cura in un’ottica trasdisciplinare conduce a riconoscere l’importanza di ciò che accade nell’incontro tra prospettive, in una pratica che può essere partecipativa e intersoggettiva e che può produrre conoscenza a partire dal coinvolgimento con l’altro. È in questo senso che, tornando al paziente, si rende anche possibile riposizionare la persona al centro dei processi di cura, laddove con cura intendiamo un “prendersi cura” globale della persona alla luce dei suoi molteplici bisogni in un momento particolare di vita.

Maria Bertuol - Infermiera

L’interdisciplinarietà è un concetto fondamentale che esprime il senso di collaborazione necessario al raggiungimento di un obiettivo comune. In sanità, l’Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) si pone come obiettivo il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del più alto livello di salute, definita come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente come “assenza di malattie o infermità” (Constitution of the World Health Organization, 1948). Partendo da tale definizione, risulta impensabile che una sola professione possa assolvere a tutte queste esigenze sanitarie sottolineando quindi l’importanza della collaborazione interprofessionale. Nella professione

infermieristica è possibile notare l'interdisciplinarietà sin dalla formazione base: parte degli insegnamenti vengono svolti da docenti medici, psicologi, professionisti sanitari diversi dall'infermiere e matematici, che contribuiscono a formare la professione e ad ampliarne i punti di vista. Se vogliamo adeguarci a una filosofia di cura olistica, tale collaborazione risulta imprescindibile. Un altro esempio di contaminazione fruttuosa è sicuramente il lavoro del soccorritore, che svolge servizio nel soccorso extra ospedaliero, esperienza che ho avuto la possibilità di sperimentare di prima mano e che mi ha arricchita personalmente. In Italia non esiste ancora una disciplina specifica per questa figura, si fa dunque riferimento alla legge sul volontariato n. 266/91 (Mancuso, 2017), e di fatto qualsiasi cittadino, previa formazione e autorizzazione delle Associazioni, può contribuire e operare nei servizi di trasporto sanitario. Tale collaborazione mi ha permesso di raggiungere una maggiore comprensione delle competenze trasversali che si possono acquisire e che potrebbero essere utili alla Sanità in questo particolare ambito, come ad esempio la conoscenza del territorio, delle dinamiche nei luoghi di lavoro, la valutazione dei rischi ambientali e l'operatività sul campo. Le *skill* sviluppate e acquisite dal cittadino volontario vengono poi a loro volta trasmesse ai contatti personali e negli ambienti di lavoro, contribuendo al trattamento immediato di alcune patologie tempo-dipendenti, come l'arresto cardiocircolatorio. Per citare il Prof. Bernd Böttiger, ex Presidente dell'European Resuscitation Council (ERC): "Nel 70% dei casi l'arresto cardiaco è testimoniato da qualcuno che può iniziare la rianimazione. Tuttavia in Europa la Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) viene iniziata dai testimoni dell'arresto cardiaco soltanto nel 15% dei casi. Se riuscissimo ad aumentare la percentuale dal 15% al 50-60% dei casi potremmo salvare circa 100.000 persone all'anno"¹. Esistono diverse correnti di pensiero sul ruolo del soccorritore volontario, ma l'acquisizione di una buona pratica RCP da parte del cittadino laico è sicuramente un passo verso l'obiettivo sopracitato. Lo stesso Italian Resuscitation Council (IRC), nonché articolazione ERC, è un'associazione fondata sulla multidisciplinarietà.

Tenendo in considerazione quanto sostenuto finora, l'aumento della complessità dei casi sanitari, l'incremento dei servizi disponibili e il numero di figure professionali che collaborano con il Sistema Sanitario, una sfida interessante per

¹ Dichiarazione Parlamento Europeo, 14 giugno 2012 – P7_TA-PROV(2012)0266 Istituzione di una settimana europea di sensibilizzazione sull'arresto cardiaco. p. 484.525.

l'interdisciplinarietà potrebbe essere quella di creare un modello organizzativo che possa mettere adeguatamente in comunicazione i vari protagonisti dell'assistenza, connettendo le parti e permettendo una maggiore contaminazione tra le discipline. Non è sufficiente che il paziente riceva consulenze da parte di diversi professionisti se questi non comunicano tra loro: tali informazioni andrebbero accorpate e discusse congiuntamente, come succede nelle UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinari)², per dare un senso comune e maggiore coerenza al piano terapeutico e alla qualità della vita. In questo modo risulta più semplice raggiungere un altro scopo fondamentale della Sanità, la personalizzazione delle cure. Anche l'inserimento della figura del Case Manager (CM) in alcuni ambienti ospedalieri ed extraospedalieri è risultato fruttuoso per l'adempimento di tale sfida: questa figura è infatti ormai sempre più diffusa e, come sappiamo, è un "collante" tra gli operatori nei suddetti contesti (Lukersmith, Millington, & Salvador-Carulla, 2016, Bertuol et al., 2020). In ultima, diventa evidente la necessità di una maggiore divulgazione del sapere scientifico attraverso eventi multidisciplinari, che possano stimolare la collaborazione e il confronto tra professionisti riguardo specifiche tematiche dell'ambito sanitario.

Massimo Guasconi - Infermiere

Interdisciplinarietà e interprofessionalità sono due concetti secondo me molto vicini, esistono tante definizioni per l'interprofessionalità e quella che mi piace di più è quella data dall'organizzazione mondiale della sanità. L'interprofessionalità può essere definita come collaborazione tra operatori sanitari provenienti da background professionali differenti, pazienti, familiari, caregivers e comunità al fine di erogare la migliore assistenza possibile. La collaborazione interprofessionale (o multidisciplinarietà) permette ai professionisti della salute di coinvolgere nel processo di cura qualsiasi individuo che abbia competenze utili a raggiungere gli obiettivi sanitari locali e dovrebbe migliorare gli outcome della salute.

La sanità pubblica richiede da tempo modelli collaborativi di assistenza e formazione che forniscano sinergie interprofessionali.

Oggi però bisognerebbe andare oltre la collaborazione e la multidisciplinarietà e si dovrebbe arrivare ad avere una visione comune degli

² D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3

obiettivi da raggiungere sul singolo assistito, bisognerebbe arrivare prima all'interprofessionalità vera, dove i professionisti intrecciano i saperi alla pari e poi raggiungere quella che viene chiamata ibridazione o matriciamento.

Le sfide future secondo me sono proprio queste, cercare di creare gruppi interdisciplinari che vadano oltre la collaborazione, gruppi in cui le professionalità si influenzino e in cui ognuno impari dall'altro mantenendo il proprio specifico professionale. Credo che il passaggio culturale che per ora manca è quello di capire che all'interno della squadra il professionista leader deve variare in base al bisogno prioritario della persona e che il team composto da diversi professionisti dovrebbe ibridarsi per raggiungere un sapere e un agire comuni, pur mantenendo gli specifici di ogni professione.

Laura Deiana - Educatrice

Per me l'interdisciplinarietà rappresenta un'occasione. Un punto d'incontro neutro in cui diverse discipline mettono in campo le loro peculiarità. Esse non sono barriere insuperabili ma spunti di aggancio con l'altro da Sé. Un occhio più ampio, completo e multi-sfaccettato sul fatto, sul dato reale. La realtà non è una sola e voler semplificarla fino a renderla singola ci fa perdere le sfumature che la compongono.

Diviene fondamentale, specialmente in ambito formativo, 'allenare' la mente al ragionamento composto e multifattoriale poiché non esistono risposte univoche alle domande che qualsiasi persona si trova ad affrontare ogni giorno. La qualità didattica e formativa è influenzata da una serie intricata di variabili: l'evoluzione che negli anni ha caratterizzato l'accesso alla formazione e che riguarda una popolazione che sta diventando sempre più diversificata rispetto alle caratteristiche socioeconomiche, di genere, razza, età, etnia, cultura, orientamenti, abilità e linguaggio. Essa richiede una crescente rappresentanza delle minoranze anche attraverso una formazione multiculturale e interprofessionale costruita sugli ideali di giustizia sociale e responsabilità civica, ma anche sulla realizzazione di percorsi culturalmente competenti. L'interdisciplinarietà è il collante della molteplice realtà e permette di valutarla e comprenderla.

Per me la sfida del futuro per l'interdisciplinarietà sta proprio nella valutazione. Essa non deve essere settoriale ma integrata, deve essere flessibile, in funzione dell'apprendimento. Non deve rappresentare una categoria di giudizio ma bensì una finestra sull'essenza universale della conoscenza.

Una buona valutazione non ha solamente il compito di accostare le competenze al relativo apprendimento, ma deve creare un nuovo apprendimento orientato al miglioramento e, perciò, maggiore della mera somma dei singoli apprendimenti. Da qui deriva la necessità di passare da una valutazione 'di' apprendimento ad una valutazione 'per' apprendimento.

L'interdisciplinarietà garantisce equità e completezza nella considerazione delle componenti della conoscenza sia dal punto di vista socio-psico-pedagogico sia dal punto di vista teorico-pratico. La rete multifattoriale su cui la formazione si articola pone in evidenza come, vista l'interconnessione tra ogni componente, può essere scorretto parlare di un percorso in cui lo studente risulti al centro dello stesso quanto, invece, risulta adeguato definire lo studente come il co-costruttore del proprio corso formativo. Se il discente viene coinvolto e reso protagonista del proprio apprendimento ha la possibilità di poter essere d'aiuto e curare il percorso accademico personale e quello dei compagni di corso. Egli, oltre a mostrare livelli più alti di autostima, comprende che gli interlocutori responsabili della formazione hanno cura della sua esperienza conoscitiva, del suo benessere personale e formativo: gli studenti hanno bisogno di sentirsi necessari.

Rosangela De Simone - Project Manager e Alessandra Lorenzano - Educatrice

Per due Umaniste-Progettiste come noi, che facciamo parte di un gruppo di lavoro interprofessionale in ambito sanitario e di salute globale del paziente, il concetto di interdisciplinarietà vuole dire ottimizzare e rafforzare le competenze dei singoli professionisti, migliorarne l'efficienza, garantire un maggior coordinamento delle attività allo scopo di pensare, progettare ed implementare metodi di cambiamento migliorativo tesi a coinvolgere il paziente e la famiglia sempre di più nel processo decisionale di cura del paziente.

L'interdisciplinarietà trasposto in campo lavorativo diventa Interprofessional Collaboration (IPC) ossia collaborazione interprofessionale. Persino le istituzioni internazionali ed europee, in tempi prepandemici avevano compreso il valore dell'interdisciplinarietà. Già nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto nella collaborazione interprofessionale una strategia innovativa con un ruolo importante nel mitigare la crisi globale della workforce nell'area sanitaria.

Persino, l'Unione europea attraverso il programma EU4Health e importanti guidelines e persino nei bandi invita sempre più a sperimentare una *team-based care* al fine di garantire una cura sicura, efficace, centrata sul paziente, tempestiva, efficiente ed equa, avendo però al contempo attenzione non solo sul paziente ma anche sulla famiglia.

Interprofessionalità consente quindi un maggior rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dal paziente, consente di coordinare ed integrare le cure, informare, educare e comunicare con il paziente, assicurargli un comfort fisico ed un supporto emotivo, coinvolgere la famiglia e le persone di riferimento.

Punto cardine dell'IPC è l'incontro con l'alterità professionale che deve essere attuato quotidianamente nella pratica professionale. Incontrare l'altro professionista, significa confrontarsi e valorizzare le competenze che i professionisti possono esprimere in un processo di cura condiviso.

Da un punto di vista economico, l'interprofessionalità in ambito sanitario ha dimostrato come la collaborazione in equipe di professionisti diversi porti non solo ad un efficientamento delle attività lavorative ma abbia degli impatti positivi da un punto di vista costi-benefici risultanti in un contenimento dei costi di gestione, di contrazione dei costi esistenti e soprattutto in un miglioramento dei servizi rivolti alla persona.

Nel 2014 l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche aveva pubblicato una Carta per la Collaborazione tra i professionisti in ambito sanitario con gli obiettivi di ottimizzare il trattamento dei pazienti, garantire assistenza sanitaria a fronte di una crescente penuria professionale nel settore; supportare il lavoro di chi opera in questo comparto. E' stato inoltre dimostrato che un'insufficiente collaborazione e comunicazione tra professionisti della sanità determina un

impatto negativo sulla qualità delle cure, sugli outcome di salute dei pazienti nonché sulla loro sicurezza.

Uno studio del 2020 condotto da un ufficio di studi di politica del lavoro e politica sociale su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica, sezione Sviluppo professioni sanitarie ha dimostrato, attraverso un'analisi dei costi e dei benefici della collaborazione interprofessionale (con un'analisi empirica sull'esempio di cliniche stazionarie di medicina interna e psichiatrica) che l'interprofessionalità e quindi la collaborazione in equipe di professionisti diversi generi non solo un contenimento e contrazione dei costi ma anche e soprattutto un miglioramento dei servizi rivolti alla persona. Infatti, i costi correnti della CIP (Collaborazione interprofessionale) per i processi decisionali interprofessionali, all'interno delle spese complessive degli ospedali, sono molto bassi. Pertanto, sarebbe opportuno, dai benefici che ne derivano, un rafforzamento della collaborazione interprofessionale.

Una delle maggiori sfide oggi giorno dell'interdisciplinarietà è di lavorare sempre di più sulla TRANSDISCIPLINARITA' cioè sullo sconfinamento delle barriere professionali, sociali, culturali, psicologiche in cui da un continuo mescolamento di visioni si generi un valore aggiunto, nuovo, sperimentale e innovativo. Lavorare in équipe è un percorso da costruire insieme, complesso che richiede un ascolto attivo e una conversazione dialogica. E' un sincero incontro con l'alterità in senso lato.

Sandra Rossi - Psicologa

Migliorare la salute della popolazione nel 21° secolo richiede agli attori di molti settori di co-produrre conoscenza e politiche per risolvere complesse sfide globali che riguardano la salute (Kickbusch & Gleicher, 2012).

In quest'ottica si fanno spazio approcci transdisciplinari ai complessi problemi di salute di oggi. In ambito sanitario dalla clinica, alla ricerca e formazione, le definizioni e le concettualizzazioni variano ampiamente e termini come multi-inter- e transdisciplinare sono a volte usati in modo intercambiabile. Il lavoro multidisciplinare è tipicamente caratterizzato da una combinazione sequenziale o additiva di idee o metodi. Gli approcci interdisciplinari implicano la condivisione e il coordinamento tra campi, ma con i partecipanti ancora ancorati ai modelli e ai metodi della propria disciplina. L'interdisciplinarietà in senso della conoscenza

si può considerare integrazione dei saperi ed invece relazioni professionali, integrazioni di diverse competenze. L'interdisciplinarietà diventa un approccio che unisce, connette i saperi e integra i componenti in un sistema che si muove nell'interrelazione e interdipendenza verso obiettivi comuni.

Al contrario, gli approcci transdisciplinari comportano lo sviluppo di nuove strutture condivise che integrano ed estendono concetti e metodi tra diverse discipline, trascendendo così i confini disciplinari (Stokols, Hall, & Vogel, 2013). Nella ricerca integrativa la transdisciplinarietà si traduce nello sviluppo, arricchimento e innovazione di una disciplina.

La specializzazione disciplinare è certamente una necessità determinata dall'ampliarsi delle possibilità di fare ricerca e degli ambiti di ricerca, ciò però non dovrebbe separare ulteriormente i differenti saperi quanto piuttosto incoraggiare il dialogo e il confronto proprio nell'ottica di un approccio transdisciplinare.

In tale prospettiva si aprono interrogativi su come attuare la comunicazione e la comprensione tra settori e ambiti diversi tra di loro.

Pertanto la comunità scientifica di oggi ha il compito di affrontare una sfida paradigmatica che muove dalla cosiddetta "interdisciplinarietà" ad individuare i criteri e i presupposti che permettono la comunicazione tra saperi per tendere alla "transdisciplinarietà", un approccio non gerarchico, eterogeneo, inclusivo ed aperto.

Giovanna Artioli - Infermiera

Vorrei iniziare questo mio contributo con una citazione che dice: "all'interno di un sistema, il tutto è più della somma delle parti".

Secondo la teoria dei sistemi esiste un'interdipendenza e un'interrelazione tra tutti i fenomeni osservati, le cui proprietà non possono essere ridotte a quelle delle parti che lo compongono (Von Bertalanffy, 1968)³.

³ Bertalanffy conduce le proprie riflessioni in alternativa all'impostazione razionalistica classica, secondo la quale le singole parti sono studiate e successivamente sommate le une alle altre, sul presupposto che il comportamento relazionale sia di natura lineare (Aristotele, Galileo, Descartes). La TGS si schiera contro ogni tentativo di riduzionismo meccanicistico, contro il concetto di causa effetto, contro la scomposizione della realtà in particelle tra loro isolate. Mette l'accento sull'aspetto globale della conoscenza, sulla complessità strutturale del tutto, degli organismi e sulle interazioni esistenti tra i vari fenomeni. Il concetto di sistema diviene così una nozione-chiave per la formulazione di una nuova concezione scientifica del mondo. Sistema: può essere definito come un complesso di parti le quali, dotate di determinate connotazioni, istituiscono tra loro relazioni, tale che il comportamento di ciascuna di esse risulta contraddistinto dal legame in cui è coinvolto e viceversa. Tutte insieme conferiscono al sistema proprietà, che non sono la mera derivazione della somma delle note distintive delle parti, ma risultano del tutto originali. Gli organismi viventi sono sistemi aperti.

Questa affermazione, che ho incontrato all'inizio della mia attività professionale, mi ha poi accompagnato nel tempo, cogliendone la profondità, ma faticando a trovarne una realizzazione concreta.

Il nostro tema, oggi, è quello dell'**interprofessionalità**.

Ora, abbiamo sentito e sentiremo parlare di **multidisciplinarietà**, la cui connotazione essenziale è la giustapposizione delle conoscenze, in altri termini la sommatoria di queste. Di questa esperienza non abbiamo bisogno di portare esempi, ne siamo circondati: ci si incontra, ma si sommano le conoscenze, le competenze ecc.

Ancora, abbiamo sentito e sentiremo parlare di **interdisciplinarietà**, in cui le persone dialogano tra loro e la cui parola chiave è l'integrazione. In questo caso, gli esempi sono ancora poco frequenti, ma ci sono.

Ma cercheremo anche di parlare di **transdisciplinarietà**, di quella realtà, cioè, che avrebbe l'ambizione di oltrepassare i confini dei paradigmi, quindi non solo ci si integra ma *ci si trascende...* Interessante, ma cosa può volere dire?

In questo campo è interessante provare a trovare esempi di vita professionale che vadano almeno in questa direzione. ovvero a portare un esempio, facendo riferimento alla modalità di lavorare del nostro gruppo⁴, in cui, in qualche modo, si cerca di oltrepassare i confini rigidi che separano i paradigmi.

Io che sono infermiera e che lavoro, ad esempio, con una antropologa, acquisirò qualcosa della antropologia che si mischierà alle mie conoscenze e competenze, senza per questo diventare meno infermiera. Ciò che io apprendo non sono elementi di antropologia, ma elementi di antropologia vissuti da una infermiera, quindi qualcosa di nuovo per me e per gli altri. E la stessa cosa accadrà alla antropologa.

Anche i termini che connotano l'approccio transdisciplinare sono molto interessanti: **multidisciplinarietà, inclusività e creatività**.

Vorrei, anche in questo caso, provare a fare qualche esempio di esperienza vissuta.

La multidimensionalità: ad esempio, affrontare un problema di salute di una persona non significa utilizzare solo il modello concettuale

⁴ Il riferimento è al gruppo interdisciplinare che collabora nella gestione/conduzione di alcuni master per professioni sanitarie del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma. Tale gruppo è costituito da infermieri, medici, psicologi, antropologi, educatori professionali, pedagogisti, sociologi, laureati in relazioni internazionali...

dei professionisti, anche diversi, che se ne prendono cura. Ma vuole dire fare emergere la multidimensionalità della persona, ponendo attenzione ad elementi del suo corpo, certo, ma anche della sua cultura, delle sue emozioni e sentimenti, della sua anima, dell'ambiente in cui vive, delle relazioni che quotidianamente intesse... L'approccio potrebbe essere più complesso, ma certamente più completo.

L'inclusione: pensando alla nostra formazione nei master, un esempio di inclusione potrebbe essere la nostra ricerca di co-costruire i percorsi formativi con la collaborazione degli studenti, ascoltandoli, includendo le loro idee, le esperienze, motivazioni, esigenze dentro ai percorsi di studio, con la finalità di migliorare il loro apprendimento.

La creatività, che è la forma più interessante di questa nuova modalità di lavorare insieme, di cui non sempre si è consapevoli.

Creatività è generare qualcosa di nuovo e , in questo senso, pensiamo alla ricerca, soprattutto a quella qualitativa che non demonizza la creatività.

Ma vi sono anche altre possibilità: ad esempio, lavorare con colleghi che, di fronte a un problema, anche importante, non reagiscono portandoti altri problemi, ma si accingono subito a valutare insieme le possibili, anche nuove soluzioni che si possono perseguire per risolverlo.

Oppure stimolare la responsabilità e il lavoro attivo degli studenti sapendo che su attività che conducono loro ci saranno risultati sempre maggiori e migliori di quelli che avrebbe potuto produrre il solo docente.

Ecco, solo alcuni, brevi esempi, per raccontare un po' delle esperienze che il nostro gruppo multidisciplinare sta costruendo. E' transdisciplinarietà? Forse ancora no, ma certamente la direzione è questa e la stiamo perseguendo con entusiasmo.

Riferimenti bibliografici

- Abraham, T. H. (2020). *The Macy Conferences on Cybernetics: Reinstantiating the Mind*.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G. (1984). *Mente e Natura*, Adelphi, Milano.
- Bertuol, M. et al. (2020). The process of developing the professional identity of the nurse case care manager: a grounded theory study. *Acta Biomedica: Atenei Parmensis*, 91(Suppl 6), 19.
- Caon, F., & Brichese, A. Per uno sguardo altro nei confronti delle discipline. Progetto Italiano

2021. <https://it.pearson.com/aree-disciplinari/italiano/idee-per-insegnare/per-uno-sguardo-altro-confronti-discipline.html>
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education* 35, p. 867-75.
- Gnisci, A. (2001). *Una storia diversa*. Meltemi, Roma.
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Lukersmith, M. S. et al. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International journal of integrated care*,16(4).
- Mancuso, F. (2017). *La figura giuridica del soccorritore (aspetti normativi, giuridici e formativi)*. Youcanprint.
- Morin, E. (2000). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Raffaello Cortina, Milano, pg. 5-6.
- Napier, A. D. et al. (2014). Culture and Health (The Lancet Commissions). *The Lancet*; 384(9954):1607-39.
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a92adde4-en>.
- Piaget, J. et al. (1982). *Pedagogia strutturalista*. Paravia, Torino.
- Quaranta, I. (2012). *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, dans. *Antropologia e teatro*; (3):1-31.
- Rockström, J. et al. (2009). A safe operating space for humanity. *Nature* 461, 2009. p. 472-5. <https://doi.org/10.1038/461472a>
- The Lancet (2009). What is health? The ability to adapt. *Lancet* 373, ISSUE 9666, 781 p. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60456-6)
- Stokols, D., Hall, K., & Vogel, A. (2013). Transdisciplinary public health: definitions, core characteristics, and strategies for success. In Joshu, D. and McBride, T. D. (eds), *Transdisciplinary Public Health: Research, Methods, and Practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, USA, p. 3-30.
- WHO - World Health Organization (1987). *Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach [meeting held in Geneva from 12 to 16 October]*. Geneva.
- WHO - World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. 2010. www.who.int/hrh/resources/framework_action/en
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*, ILI.
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. Jan; 61(2): 232-41.

PARTE PRIMA

**INTERPROFESSIONALITA':
DEFINIZIONE ED AMBITI**

UNA ESPERIENZA TRA FORMAZIONE E RICERCA

Giovanna Artioli
Leopoldo Sarli

Ciò che descriviamo in questo capitolo, riguarda una esperienza interprofessionale di formazione post base per professionisti delle professioni sanitarie iniziata circa 15 anni fa a Parma. Un docente medico dell'Università di Parma, che aveva, tra le diverse responsabilità, anche quella di essere delegato del Rettore per la educazione continua in Medicina e la infermiera (MSN), responsabile allora del Settore formazione dell' Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, avevano avviato una collaborazione finalizzata tra l'altro a tentare di dare risposta alle molteplici richiesta di formazione avanzata provenienti da alcune istituzioni (Regione e Aziende) oltre che da singoli professionisti delle professioni sanitarie. La risposta era consistita nell'organizzazione di corsi postlaurea di un anno che nell'ordinamento universitario italiano vengono definiti Master di primo e di secondo livello (first or second level Master Degrees).

In quel periodo non vi era una normativa che regolasse quel tipo di corsi, pertanto i due promotori ebbero la possibilità di sviluppare liberamente i programmi avvalendosi del contributo di esperti a seconda delle specificità di ogni percorso formativo.

La necessità di avere un tutor per ogni master, che seguisse da vicino gli studenti lungo tutto il percorso formativo, fu da subito una idea condivisa; ci si organizzò pertanto per reclutare professionisti con competenze avanzate e li si individuò tra professionisti che già collaboravano a contratto nell'area della formazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma. I primi tutor furono prevalentemente psicologi che avevano conseguito il titolo di Dottori di ricerca (PhD) e che quindi avevano importanti competenze anche nella ricerca. Questa scelta trovava i suoi presupposti su esperienze precedenti che avevano previsto la collaborazione con quella che allora era la Facoltà di Psicologia dell'Università di Parma. Questa cooperazione aveva dato origine ad importanti iniziative tra

le quali l'attivazione di un corso di perfezionamento in “Ricerca psicosociale per professioni sanitarie”, rinnovato per un triennio. Durante il corso venivano condotti dagli allievi, organizzati in gruppi, percorsi di ricerca (Artioli, Foà, & Mancini, 2013) con l'affiancamento di tutor di ricerca esperti, psicologi con PhD. Alcuni di questi psicologi continuarono questa esperienza nei master attivati successivamente. L'esperienza aveva messo in evidenza l'utilità della collaborazione tra psicologi e professionisti della sanità ed aveva dato origine ad una iniziativa interdisciplinare: un docente di area medica era entrato a far parte del Collegio docenti del dottorato di Psicologia ed infermieri con laurea magistrale vennero ammessi alla scuola di dottorato di psicologia. Quest'ultima iniziativa destò non poche polemiche, soprattutto negli organismi istituzionali quali Collegi professionali e Aziende sanitarie, ma la collaborazione andò avanti e quando furono attivati i primi Master vennero invitati a ricoprire il ruolo di tutor e tutor di ricerca nei master proprio quegli psicologi e poi quegli infermieri che con il PhD avevano acquisito competenze avanzate nella ricerca.

I risultati furono positivi. L'offerta formativa dei master per professioni sanitarie raccolse un buon consenso tra i professionisti delle scienze della salute, tanto che i due master attivati in origine sono stati riproposti ogni anno ed a quel primo nucleo di offerta formativa postlaurea si sono aggiunti nel tempo nuovi percorsi, fino ad arrivare a una offerta formativa, per l'anno accademico 2023-2024, di ben 9 tra Master di I e II livello. Anche la proposta dei nuovi percorsi didattici era stata motivata da richieste specifiche provenienti da Aziende sanitarie e società scientifiche di settore.

Se i primi master avevano essenzialmente la caratteristica di essere mono-professionali, cioè rivolti esclusivamente ad infermieri, ben presto si avvertì la necessità di aprire l'accesso anche ad altre professioni. Il requisito di accesso divenne pertanto il possesso di una laurea delle classi delle professioni sanitarie, oppure di una laurea nelle professioni sociali, nelle discipline umanistiche, oltre che in Medicina e Chirurgia.

In questo capitolo presentiamo l'esperienza di passaggio dalla interprofessionalità alla transdisciplinarietà nel gruppo di gestione dei master e quali ricadute questo ha determinato negli studenti, portando anche alcuni esempi e risultati di ricerca.

Vision dei Master

Il razionale che sottende la vision dei Master tiene conto della consapevolezza che essi costituiscono una tipologia di formazione di alta specializzazione e di alto profilo e che i corsisti che vi accedono sono professionisti che posseggono già un proprio bagaglio esperienziale. Per offrire una formazione adeguata è necessario conoscere questo *kno-how* ed è necessario valorizzarlo per ottenere dagli allievi un contributo personale di arricchimento e disseminazione dei ‘saperi’ tra i professionisti.

La vision pertanto si sviluppa attorno alle seguenti macro aree trasversali:

1. Sviluppo culturale dei discenti: la ricerca

Anche se i master per le professioni sanitarie hanno carattere essenzialmente professionalizzante è fondamentale agire anche sulla ‘cultura professionale’ del discente. Lo strumento principale utilizzato (tra altri) è l’attività di ricerca. L’attività di ricerca consiste nell’elaborare in piccolo gruppo, partendo da un problema, un progetto/protocollo di ricerca, sottometterlo, se occorre, al Comitato etico e poi attivarsi per raccogliere i dati, elaborarli e stendere il report finale, che costituirà la tesi di conclusione del master. Questa attività di ricerca viene preceduta da una breve introduzione alla metodologia della ricerca e la successiva formazione sul campo viene monitorata da tutor esperti di ricerca (per lo più PhD), affiancati, dove possibile, da esperti del settore che lavorano in clinica o sul campo. In diverse occasioni i lavori prodotti sono portati ai congressi di settore (ANIARTI, SICP; SIPeMe altre) e o hanno dato origine a pubblicazioni scientifiche soprattutto sulla rivista *Acta Biomedica for Health Professions* (Marletta et al., 2015, Zapponi et al., 2018, Taffurelli et al., 2019. Artioli et al., 2020, Foà et al. 2020, Ricci, 2020, Tonarelli, 2020, Carradore, 2021, Cervellione, 2021, Cosentino, 2021, Moretti, 2021, Bonfigliuoli, 2021, Guasconi, 2021, Carbone, 2022, Merlini, 2021, Rossi et al., 2021).

2. Orientamento del master alla persona assistita, alla sua famiglia ed al contesto sociale e non solo al caso clinico

Uno spazio importante, soprattutto nei master clinici, viene dato alla persona assistita e alla sua famiglia come ‘unico nucleo’ di cura. E’ stato approfondito l’approccio all’accertamento avanzato dei bisogni della persona malata, considerata nella sua multidimensionalità: bio-fisiologica, psicologica, sociale, culturale e spirituale, utilizzando strumenti anche di tipo relazionale, quali l’agenda del paziente e la narrazione per raccogliere in modo approfondito le necessità personali del ‘nucleo di cura’. In questo senso si affronta anche la dimensione di Engagement, non solo della persona malata, ma anche della famiglia e del team curante. Utilizzando questi e altri strumenti, la persona malata potrà realmente condividere con il team curante il proprio progetto di cura e di caring (Silva, Farias, & Mesquita, 2021, Marin, 2022).

3. Orientamento allo sviluppo di competenze

Come già anticipato, i master per professionisti sanitari devono essere orientati a sviluppo di competenze che vengono agite sul campo. Il lavoro sulle competenze attese per ogni singolo master (e non solo su obiettivi di apprendimento) è attività in progress ed impegna tutto lo staff della formazione, ma anche i discenti. Il **tirocinio** rappresenta il campo privilegiato (ma non unico) di sviluppo delle competenze cliniche, relazionali, educative... Il tirocinio diventa dunque un momento privilegiato di apprendimento, soprattutto se svolto in sede accreditate e di comprovata qualità. I tirocini vengono programmati insieme tra discente e tutor, anche in relazione all’offerta formativa che le sedi convenzionate offrono. Alcuni tirocini sono organizzati anche all’estero, su richiesta dei corsisti (Tohmola et al., 2022, Andersson et al., 2022).

4. Abilita’ relazionali e di lavoro in team

In relazione a queste specifiche competenze, sono attivi, nei singoli master, **laboratori della comunicazione**, tenuti in setting attrezzati e gestiti da professionisti esperti. Tali laboratori si attivano prevalentemente con

role-playing su casi individuati dai discenti stessi, da loro reinterpretati e discussi, con supervisione tra pari e degli esperti.

5. Interprofessionalita'

L'interprofessionalità è intesa a due livelli: a un primo livello nel gruppo di gestione dei master, come citato a seguire nella struttura organizzativa. Vi è anche un secondo livello di interprofessionalità, in quanto i master forniscono accesso a diverse professioni di ambito sanitario, sociale e anche ai laureati di scienze umane e sociali. Su questo punto della vision si veda la restante parte del contributo.

Tale scelta è motivata dal fatto che, professionisti che non si sono mai incontrati nei loro percorsi formativi e poi devono lavorare insieme, non sono preparati a questo. La scelta dell'interprofessionalità non è al momento una scelta che ha portato significativi risultati, poiché le aule sono ancora, in prevalenza, mono-professionali (soprattutto infermieri). Tuttavia, con l'intento di andare in questa direzione, si sono create occasioni, all'interno del percorso formativo, di incontro con altre realtà formative e con altri professionisti in formazione, come ,ad esempio, seminari a cui partecipano più master (Sell et al., 2022).

6. Co-costruzione del curriculum

Le programmazioni didattiche, per scelta, non sono mai predefinite, perché è opportuno che ogni anno vi siano dei miglioramenti da apportare, in base alla valutazione dell'anno precedente ed in base ai desiderata degli stessi corsisti che si devono sentire protagonisti della loro formazione anche suggerendo aree specifiche di interesse che possono essere inserite nella programmazione. Questa dimensione è poi particolarmente sviluppata per il tirocinio: vengono offerte diverse opportunità, ma il corsista può suggerire e scegliere, anche in relazione alle competenze già maturate, sedi che possono anche non essere previste nel piano didattico standard (Martens et al., 2019, Hokanson et al., 2022).

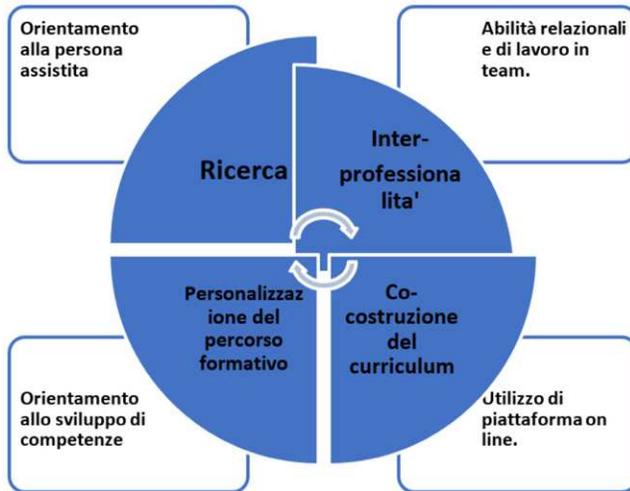
7. Personalizzazione del percorso formativo

E' convinzione del gruppo di lavoro, e l'esperienza lo conferma di anno in anno, che ogni gruppo di studenti di master è diverso da quello degli altri master e da quelli degli anni precedenti. Per questo, insieme alla co-costruzione del curriculum, si fa ricorso ad altri strumenti che possono aiutare a costruire un profilo di aula utilissimo anche ai docenti che interverranno nel percorso formativo. Gli strumenti maggiormente utilizzati sono costituiti da una **analisi di fabbisogno formativo**, test di ingresso ed autobiografia. L'analisi del fabbisogno formativo viene effettuata nella prima giornata del master e risulta molto utile per ricalibrare l'articolazione del percorso formativo. Il **test di ingresso** permette di tarare l'intervento sulla ricerca in considerazione dell'elevata eterogeneità di preparazione, sul tema. Con l'**autobiografia** si richiede al corsista di effettuare una scrittura riflessiva della esperienza che sta vivendo (Artioli & Sarli, 2021). L'autobiografia viene richiesta all'inizio del master, in itinere e alla conclusione e può fornire anche importanti elementi di valutazione del percorso didattico anche in vista delle edizioni successive.

8. Utilizzo di piattaforma on line

La piattaforma messa a disposizione dall'Università ha permesso, durante la pandemia da covid-19, la transizione della attività educativa da formazione in presenza a didattica online. Superata la pandemia, ascoltando anche le opinioni degli studenti (Sarli et al., 2021, 2022), si è scelto di proseguire con la didattica online, in modalità sincrona, con registrazione delle lezioni effettuate ogni anno, offrendo ai corsisti anche l'opportunità di ascoltare in modalità asincrona. La piattaforma ha poi favorito forme di socializzazione e di lavoro in piccolo gruppo che, nel tempo, si sono sempre più affinate. La figura 1 mostra le parole chiave della vision e le relazioni che intercorrono tra loro.

Figura 1. Vision dei master per professioni sanitarie del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma



* elaborata dagli autori

I Master e l'interdisciplinarietà

Dalla attivazione dei primi master, riproposti nei successivi anni accademici grazie alla numerosità degli studenti iscritti, l'offerta formativa si è gradualmente ampliata e diversificata, fino a raggiungere l'attivazione di 6-7 master ogni anno accademico. Di conseguenza si è reso necessario individuare nuovi collaboratori con funzioni di tutor per la conduzione dei diversi master e di numerosi professionisti esperti nella ricerca scientifica (sia quantitativa che qualitativa) per l'assistenza al lavoro di ricerca degli allievi. Con il numero dei collaboratori è aumentato anche il novero delle discipline messe a disposizione dell'organizzazione. Oltre a medici infermieri, e psicologi, sono stati coinvolti antropologi e sociologi e laureati in altre discipline umanistiche.

Il razionale della scelta di discipline di ambito sociale e umanistico nei master per professioni sanitarie è legato a due ordini di fattori: il primo, di più facile comprensione e attuazione, si correla all'attenzione alle Medical Humanities, al considerare cioè l'importanza della relazione professionista – persona all'interno della relazione di cura.

Il secondo fattore, più complesso e controverso, è relativo al riconoscimento del paradigma fondamentale in cui si riconoscono le discipline sanitarie ed alla definizione stessa dei concetti di salute e di cura. È ormai evidente infatti che la medicina e la cura si fondano esclusivamente sulle scienze naturali e che la salute non può essere intesa come l'assenza di malattia. La salute, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia». Questa consapevolezza evidenzia come la persona malata sia una realtà complessa, che non è riducibile solo al suo organismo anatomico, ma che dalla presenza della malattia vede compromesse le sue attività quotidiane, le sue relazioni familiari, la sua vita sociale. E la compromissione delle attitudini del malato può coinvolgere il suo ambiente di vita e di lavoro ed in alcuni casi anche aree molto più vaste. La pandemia di covid-19 ce ne ha fornito un chiaro esempio. In quest'ottica diventa indispensabile prendere in considerazione nel sistema di cura diverse discipline oltre a quelle comunemente considerate di ambito sanitario. Sicuramente verranno coinvolte quelle umanistiche e sociali, ma anche quelle economiche giuridiche ed in casi come quello della pandemia anche quelle che operano sulle relazioni internazionali.

Il coinvolgimento nel gruppo di lavoro di professionisti portatori di competenze diverse ha consentito in un primo momento la conoscenza reciproca del proprio campo di lavoro, la comprensione delle opportunità offerte dalla collaborazione, la cancellazione di pregiudizi che, a volte rendono difficile la cooperazione. Vi è una prima fase, solitamente al loro arrivo nel team e per la durata di qualche mese, in cui i professionisti si conoscono, ma si parla ancora di 'sommatoria' di esperienze diverse, che non si connettono tra loro. In questa fase, l'esperienza rimane nel contesto della multidisciplinarietà. Si è così realizzata nel gruppo la condizione di multiprofessionalità e di multidisciplinarietà. Ne hanno tratto vantaggio i percorsi formativi, ma ne hanno tratto vantaggio anche i componenti del gruppo di lavoro. L'incontro con nuove competenze ha infatti reso più facile, oltre che più interessante la gestione dei bisogni didattici e dei percorsi di ricerca. I frequenti incontri collegiali hanno portato al dialogo ed allo scambio di informazioni sulle rispettive competenze, alla combinazione di metodologie di lavoro e all'arricchimento dei livelli descrittivi.

Subentra poi una seconda fase, in cui, nel tempo, i diversi professionisti esperti approfondiscono la conoscenza e dialogano tra loro (in riunioni formali o in incontri informali). In questo incontro si è realizzata la condizione di interdisciplinarietà che ha consentito di incrementare il livello qualitativo dell'offerta formativa, di fornire ai discenti un modello di collaborazione interprofessionale e di stimolare la realizzazione di un clima positivo di lavoro nel quale ogni professionista è consapevole dell'utilità del proprio contributo e della possibilità di interagire alla pari con i componenti del team.

Struttura organizzativa dei master

Anche la struttura organizzativa ha risentito dell'influenza dell'interdisciplinarietà.

Nel tempo, infatti, si è costituita una *struttura organizzativa* a matrice (Moldovan et al., 2022), nella quale le gerarchie sono molto appiattite e dove invece sono molto forti le relazioni tra le diverse componenti della matrice, in particolar modo nelle relazioni orizzontali (come si può vedere nella Figura 2).

I vantaggi di questo tipo di organizzazione sono costituiti da una maggiore chiarezza e condivisione degli obiettivi e da un flusso libero di informazioni, caratteristiche che rendono la conoscenza patrimonio di tutti gli attori della organizzazione e di conseguenza anche la responsabilità.

E' proprio anche questa organizzazione flessibile, per obiettivi e responsabilità che favorisce le relazioni tra i diversi professionisti che la compongono e facilita la, a volte necessaria, integrazione tra le diverse discipline, sviluppando innovazione.

Per fare un esempio concreto, il referente della comunicazione digitale, un sociologo della comunicazione, si interfaccia con ogni tutor dei master al fine di sviluppare la comunicazione attraverso piattaforme online, tiene lezioni agli studenti dei master sempre con questa finalità, collabora con i tutor alla diffusione dell'offerta formativa attraverso il sito web, collabora anche con i diversi tutor di ricerca per facilitare la comunicazione digitale nei teams di studenti.

Ancora, ad esempio, le referenti per le pubblicazioni, si interfacciano con i tutor dei master con la finalità di conoscere quali prodotti di ricerca

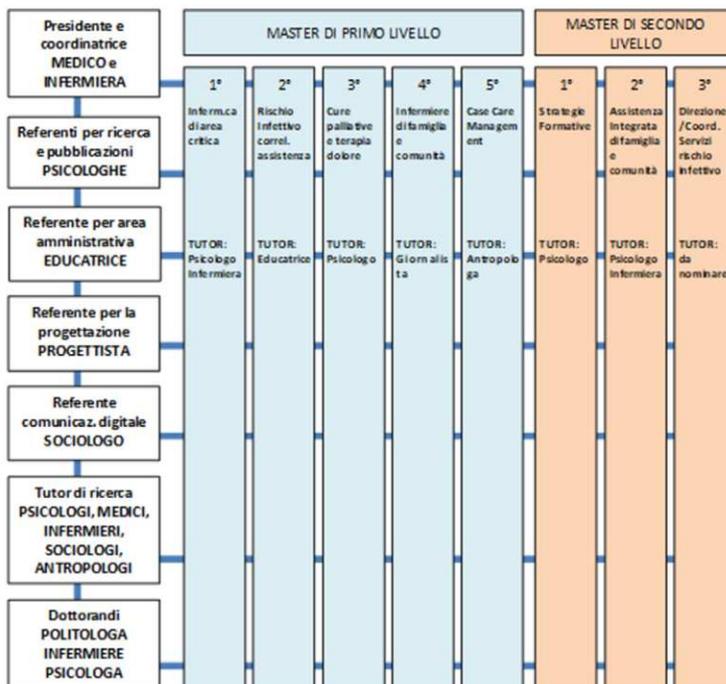
vengono sviluppati e si interfacciano anche con i tutor di ricerca per eventuali consulenze e per favorire la pubblicazione degli studi effettuati con gli studenti.

Da interdisciplinarietà a transdisciplinarietà

Fino ad ora abbiamo parlato di multidisciplinarietà, fenomeno che si riscontra di frequente nei teams professionali e ci siamo spinti fino alla interdisciplinarietà, dimensione più complessa che fornisce concretezza al termine 'integrazione', con una accezione non di sommatoria di interventi, ma di sinergia di attività.

L'acquisizione di nuove competenze oltre ad arricchire il bagaglio culturale di ogni collaboratore può portare in qualche caso anche a mutare i propri punti di vista, le proprie convinzioni, le scelte sulle modalità di svolgimento del proprio lavoro anche al di fuori del gruppo interdisciplinare. La collaborazione diventa interdisciplinare.

Figura 2. Struttura organizzativa a matrice dei master



* Elaborata dagli autori

Si può parlare di transdisciplinarietà, quando vi va oltre i delimitati confini che racchiudono i diversi paradigmi disciplinari, avendo riconosciuto che la molteplicità e l'interconnessione tra le varie dimensioni del reale, determinano complessità e tale complessità non può essere affrontata se non con un approccio transdisciplinare.

Per rendere comprensibile quest'ultimo passaggio è utile fare qualche esempio.

Esempio 1: *“sul ‘trascendere’ la propria disciplina”*

Un collaboratore medico del gruppo di lavoro ha sempre svolto la sua professione di medico in una equipe composta da medici e da infermieri. La collaborazione tra le due categorie professionali è tradizionalmente caratterizzata da una netta definizione dei propri campi d'azione e da una conoscenza superficiale delle rispettive competenze. La categoria medica gode di una maggior considerazione sociale e la utilizza per porre le proprie competenze su un gradino più alto rispetto a quelle degli altri professionisti della sanità. Questo costrutto si consolida durante il percorso di studi universitari. Il corso di laurea in medicina e chirurgia, prevalentemente, se non esclusivamente, orientato ad una visione bio-fisiologica del corpo umano, fa sviluppare ai discenti competenze rivolte agli aspetti bio-fisiologici della salute, proponendo soluzioni di esclusiva competenza medica. Gli studenti maturano progressivamente la convinzione che tutti i problemi di salute siano confinati nello spazio delimitato dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla patologia medica e chirurgica così come descritto loro da docenti esclusivamente medici o biologi. In quest'ottica tutte le altre professioni che vengono occasionalmente coinvolte nell'assistenza vengono considerate ancillari. Anche il medico dell'esempio in questione considerava ancillare la professione infermieristica e non si capacitava dell'evidenza che in molti casi alla brillante soluzione del problema di salute del paziente non facesse riscontro un adeguato apprezzamento da parte dello stesso paziente e dei suoi familiari. La frequentazione del gruppo di lavoro di cui si parla in questo capitolo gli ha però consentito di trovare alcune plausibili spiegazioni

per questa apparente ingratitudine e di mutare molti suoi punti di vista. E' venuto infatti a conoscenza delle competenze infermieristiche relative alla comunicazione ed alla gestione della relazione con pazienti e familiari, è venuto a conoscenza dei tanti aspetti psicologici economici e sociali che contribuiscono a comporre il quadro della malattia, è venuto a conoscenza di esperienze di altri paesi e di altre culture in cui la soluzione dei problemi di malattia viene affidata con gradimento da parte dei pazienti a professionisti non medici. Ha così compreso che il contributo del medico al ristabilimento dello stato di salute è soltanto parziale e che, anzi, sono spesso gli interventi degli infermieri, degli psicologi, dei riabilitatori, degli assistenti sociali a rendere soddisfacente per il paziente e per i familiari il percorso diagnostico terapeutico. Quel medico si è convinto che anche i percorsi formativi devono coinvolgere diverse professioni ed ha attivato dei laboratori nei quali agli studenti di medicina ed ai loro coetanei studenti di infermieristica vengono posti dei problemi di gestione di situazioni cliniche spinose. Gli studenti di medicina spesso si rendono inaspettatamente conto di non avere le competenze necessarie per risolvere quelle situazioni mentre gli studenti di infermieristica le posseggono e li aiutano nella soluzione del caso.

Esempio 2. "Come mutuare da altre discipline strumenti e metodologie indispensabili per la propria"

Una infermiera del gruppo di lavoro, da tempo impegnata nella formazione degli infermieri e dei professionisti sanitari, si era sempre mostrata molto sensibile alla dimensione relazionale con persone malate e famiglia, oltre che a sentimenti, vissuti, emozioni percepiti da chi vive situazioni di disagio e di malattia. Si era tuttavia anche resa conto di riuscire a trasmettere ben poco agli studenti di questi aspetti, poiché, a suo parere, mancavano strumenti e metodologie adatte per affrontare adeguatamente tali dimensioni.

In più, si era resa conto che tali dimensioni interiori delle persone, modificate dalla malattia, andavano a creare bisogni espressi o inespresi (es. ansia, tono dell'umore, adattamento/disadattamento...) dalle persone e comunque non compresi e indagati dai professionisti, bisogni che tuttavia avevano una incidenza anche sulla evoluzione della malattia.

Attraverso la sua lunga frequentazione con professionisti provenienti da altre discipline (in particolare psicologi e sociologi) ha potuto conoscere e approfondire metodologie e strumenti di lavoro diversi da quelli che utilizzava abitualmente. Ci si riferisce, in particolare, agli strumenti utilizzati in queste discipline per raccogliere dati di ricerca qualitativa. Quali ad esempio l'intervista, la narrazione, l'ascolto attivo, le metodologie di analisi qualitativa.

Si è dunque resa conto che questi strumenti potevano essere utilizzati, ad esempio, nella pratica infermieristica adattando lo strumento al fine per il quale veniva utilizzato.

Ad esempio, l'intervista semistrutturata e la narrazione potevano essere utilizzate per raccogliere direttamente dalla persona malata informazioni più personali e interiori che potessero evidenziare la presenza di bisogni denominati anche nell'infermieristica 'psico-sociali e spirituali'.

Quali i riscontri nella formazione e nella ricerca?

Nella formazione

Un gruppo interdisciplinare di docenti (infermieri, psicologi, sociologi e antropologi) presentano ai corsisti dei master gli strumenti qualitativi (intervista, intervista narrativa...adattati..) per effettuare un accertamento dei bisogni della persona più completo e propongono di integrare questi strumenti con quelli quantitativi che già vengono utilizzati con il fine di rendere l'accertamento più globale e completo.

Nella ricerca

Ancora, gruppi interdisciplinari di ricercatori (infermieri e psicologi) hanno elaborato uno studio di fattibilità rispetto alla possibilità di effettuare due interviste narrative, a distanza di 15 giorni una dall'altra, effettuate da professionisti sanitari, a pazienti oncologici in prima diagnosi, al fine anche di misurare l'eventuale impatto delle interviste sulla qualità della vita e sullo stress dei pazienti. Lo studio di fattibilità si è concluso ed è in corso la pubblicazione.

L'intento del gruppo di ricercatori (a cui hanno preso parte anche studenti dei master) e di proseguire la ricerca con un numero di pazienti più elevato.

La Transdisciplinarita' nella formazione

Esempio 1: "Da discipline a un mix di esperti del settore come docenti"

E' ormai riconosciuto che, poiché la realtà è complessa, contestuale e dinamicamente mutevole, dovrebbe essere studiata dal maggior numero di prospettive possibili, utilizzando più quadri teorici, metodi e impostazioni. La letteratura, per questo, suggerisce di utilizzare approcci transdisciplinari sia nella ricerca che nella formazione (Neuhauser & Pohl, 2015). Infatti, la creazione di soluzioni efficaci a problemi complessi richiede lo scambio di conoscenze ed esperienze tra una varietà di discipline (attraverso le scienze sociali e naturali e le arti) con le parti interessate sia nella sfera pubblica che in quella privata (Gibbs, Neuhauser, & Fam, 2018).

Anche se la struttura dei corsi universitari è ancora fortemente disciplinare, nei nostri Master si è sentita l'esigenza di coinvolgere maggiormente il mondo del lavoro, anche in qualità di professionisti esperti per la docenza, con l'finalità di offrire agli studenti, che sono già professionisti che lavorano, conoscenze e soluzioni a problemi prossimi alle loro esigenze e richieste.

Per inglobare due principi della transdisciplinarità, la multidimensionalità e l'inclusività, si è attuato un ampio coinvolgimento sia di accademici specialisti dei diversi temi da trattare, sia di stakeholder esterni all'Università, ma profondamente inseriti nel mondo del lavoro. Questo processo di inclusione ha favorito, negli studenti, l'ampliamento della prospettiva e della visione nell'affrontare il problema, considerando che ogni fenomeno è costituito da una multidimensionalità.

Ad esempio, per aiutare gli studenti a comprendere che l'accertamento dei bisogni della persona è un processo multidimensionale, è indispensabile fornire loro gli strumenti idonei per valutare bisogni anche meno evidenti, quali ad esempio, le strategie di reazione e di adattamento alla malattia, la resilienza, la qualità di vita, la spiritualità, le relazioni con la famiglia e con il proprio ambiente di vita. Si comprende allora che gli antropologi, gli psicologi e ei sociologi possono offrire un prezioso contributo per affinare la valutazione della globalità dei bisogni della persona malata.

Esempio 2: “La co-costruzione del curriculum formativo”

Anche la co-costruzione del curriculum formativo va nella direzione di un caratteristica propria della transdisciplinarietà, cioè l'inclusione e forse anche della creatività. Sappiamo che le programmazioni didattiche vengono effettuate da docenti e da esperti del settore oggetto del corso di studi.

Anche per noi è stato così, almeno all'inizio, ma poi si è sentita l'esigenza di sentire anche la voce degli studenti (che in questo caso, sono sempre professionisti, adulti, responsabili) relativamente al percorso loro offerto. Da alcuni anni abbiamo utilizzato lo strumento della scrittura riflessiva per raccogliere le opinioni degli allievi. Sono state somministrate, in tutti i nostri master, tre scritture riflessive (con alcune domande di orientamento), una prima di iniziare il corso, una a metà percorso formativo e una a conclusione dello stesso. La lettura e l'analisi delle scritture ha permesso di raccogliere elementi molto importanti per l'integrazione dei curricula.

Ad esempio, per quanto riguarda le modalità con cui viene trattata la ricerca nei master, gli studenti, prima dell'inizio del master non si esprimono; a metà del percorso riconoscono l'importanza della ricerca e auspicano un ulteriore approfondimento di questa tematica affermando:

Abbiamo affrontato argomenti, come la ricerca sia qualitativa che quantitativa, molto interessante e che non conoscevo (COD.INT.14.2).

Entrare in punta di piedi nella ricerca è stato per me scoprire un mondo nuovo, mai esplorato” (COD.INT.17.1) (Gatti, Lorito, & Saba, 2021-2022).

Alla fine del percorso, gli studenti si mostrano molto soddisfatti di quanto appreso e lo dimostrano dichiarando:

Mi è piaciuto molto fare ricerca e spero di avere l'occasione di farne ancora. (..) Mi è piaciuto molto fare l'intervista narrativa che non avevo mai fatto (COD.FIN.2.1)

L'ambito della ricerca credo sia stato ben affrontato e ha fornito una base teorica solida utile a chi volesse continuare questa strada (COD.FIN.3.5)

Uno dei desideri che si è realizzato durante questo Master è stato quello di fare per la prima volta ricerca (COD.FIN.9.1) (Gatti, Lorito, & Saba, 2021-2022).

Ad esempio, ancora, a conclusione del master emerge dalle scritture il suggerimento di incrementare i momenti di formazione esperienziale, attraverso simulazioni e laboratori pratici, come si evince dalle riflessioni di questi studenti:

credo sarebbe necessario pensare e sviluppare dei laboratori pratici, anche di prove simulate tra colleghi del Master, per approfondire questa abilità (COD.FIN.3.4).

si potevano fare simulate di casi clinici e permettere lo svilupparsi di strategie condivise dai componenti del gruppo (COD.FIN.17.6) (Gatti, Lorito, & Saba, 2021-2022).

La transdisciplinarietà nella ricerca

L'attività di ricerca, che nei master ha una parte preponderante, inizia con l'attivazione del corso con alcuni elementi essenziali di metodologia della ricerca per poi passare entro due mesi dall'inizio, alla sua fase più operativa, in cui agli studenti vengono proposti dei temi di ricerca da parte di tutor di ricerca precedentemente individuati e ai corsisti viene chiesto di inserirsi nei gruppi di ricerca. Attivati i gruppi, si sviluppa la ricerca che dura fino alla conclusione del master e che ha delle fasi ben precise, che possono essere evidenziate nella figura 3.

Figura 3. il percorso della ricerca nei master



* Elaborata dagli autori

Nel tempo, il percorso di ricerca, che viene attivato, ha acquisito sempre più le caratteristiche della transdisciplinarietà, tanto nel gruppo di ricerca, quanto nei contenuti della ricerca.

Per fare un esempio della transdisciplinarietà dei gruppi di ricerca, nel master in ricerca qualitativa, nell'anno appena concluso, abbiamo avuto tre tutor di ricerca, una antropologa, una psicologa e una ostetrica, tutte con dottorato di ricerca. I partecipanti ai gruppi, gli studenti, quindi, erano medici, infermieri e fisioterapisti.

A titolo esemplificativo, si inserisce la tabella 1 in cui compresi alcune delle tematiche di ricerca in alcuni dei master attivi anno 20-21 e anno 21-22.

Le tematiche di ricerca, come si può vedere, hanno la caratteristica della novità, della attinenza al master (se possibile) e viene offerto, per ogni master, diverse proposte relative alle metodologie di ricerca: da ricerca quantitativa, a qualitativa, a mixed-method, a revisioni della letteratura.

Ricaduta della transdisciplinarietà per gli studenti dei master

Riteniamo che la ricaduta di quanto descritto, anche se a titolo esemplificativo, sugli studenti dei master sia innegabile, sia una ricaduta non sempre immediatamente tangibile e concreta e sia legata soprattutto a un ampliamento della visione delle cose, al considerare gli avvenimenti da diverse prospettive, all'entusiasmo per la scoperta di novità. Tali risultati sarebbero in accordo con la letteratura recente che afferma che la transdisciplinarietà stimola, negli studenti, lo sviluppo di abitudini mentali transdisciplinari (Mc Gregor, 2017).

Anche la percezione degli studenti frequentanti i master, analizzata con modalità qualitativa dalle loro scritture riflessive, ha evidenziato che, alla fine del corso, gli studenti scrivono:

(...) il confronto con alcuni partecipanti sta arricchendo il ... bagaglio professionale (Cod. INT.11.2).

Gli studenti si sentono parte di un team con “una mission condivisa” (Cod.INT.1.5), hanno apprezzato il lavoro del project work e il fatto di aver potuto imparare a lavorare in un team on line (Cod.INT.18.2 e INT.15.1).

In una scrittura viene affermato che:

Il Master mi ha dato occasione di relazionarmi con diversi professionisti, con formazione diversa e provenienza diversa e questo è stato un arricchimento e motivo di riflessione (COD. INT.18.1) (Artioli et al., 2020).

Altri risultati concreti, riscontrati soprattutto alla chiusura dei master o addirittura dopo la conclusione della formazione, evidenziano, ad esempio, che la discussione della tesi, che avviene in gruppo, è sempre un momento di grande soddisfazione ed entusiasmo sia per gli studenti che per i tutor, per i risultati raggiunti nei lavori di ricerca.

L'ambito della ricerca rimane un elemento chiave nella struttura dei master, tanto che alcuni ex studenti chiedono di rimanere agganciato al gruppo di ricerca dei master per continuare a fare ricerca (alcuni come co-tutor, in affiancamento ai tutor, altri in gruppi di ricerca che si formano su loro richiesta).

Tabella 1. Esempificazione di alcuni temi di ricerca e relativi gruppi di studenti di alcuni aster.

Master	Tutor/ disciplina	Co-tutor/ disciplina	Tema della ricerca	Metodologia	Anno	Numero gruppi di studenti
Case care management	Psicologa	Giornalista	Il ruolo del case/care Manager e rilevazione dei bisogni insoddisfatti dei pazienti con patologie cronico-degenerative	Qualitativa	21-22	6
Case care management	Ostetrica	Infermiera	Revisione sistematica della letteratura e ruolo del case/care manager rispetto alla telemedicina	Revisione della letteratura	21-22	5
Infermieristica in Area Critica	Infermiere	/	Indagine sulla percezione della collaborazione interprofessionale nei dipartimenti di area critica/emergenza urgenza utilizzando la Interprofessional Collaboration Scale.	Quantitativa	21-22	6

Infermista in Area Critica	Psicologa	Psicologa	La salute spirituale del professionista. Indagine per la costruzione di uno strumento di valutazione	Studio mixed-method	21-22	5
Cure palliative e terapia del dolore	Psicologa	Infermiera	Expressive writing: uso dello strumento in professionisti di cure palliative	Studio mixed method	21-22	5
Cure palliative e terapia del dolore	Psicologa	/	Come viene percepito dagli operatori il carico del caregiver in incarichi di cure palliative	Qualitativo	21-22	4
Ricerca qualitativa	Antropologa	/	Sindrome post-covid. Come le persone vivono con una sindrome poco conosciuta - esperienza della incertezza biomedica	Qualitativa-fenomenologica	20-21	4
Ricerca qualitativa	Psicologa	/	Processo di Self-care del professionista durante la pandemia covid-19	Studio Grounde Theory	20-21	4

Lo staff dei master incoraggia anche gli studenti a pubblicare i lavori più significativi, ad esempio sulla rivista di Ateneo (*Acta Biomedica*, recensita su importanti banche dati e in inglese) e fornisce un aiuto per la stesura degli articoli.

La dimensione dello sviluppo di 'abilità mentali transdisciplinari' può essere riscontrato anche dalla frequenza con cui diversi studenti proseguono con nuovi percorsi di studio, che li portano a frequentare le Lauree magistrali, con l'intenzione di approfondire la ricerca, eventualmente, con il dottorato.

Anche però in chi rimane a lavorare nella clinica, si evidenzia un ritorno ricco di idee di innovazione e/o con la volontà di sperimentare qualcosa di nuovo.

Riferimenti bibliografici

Andersson, H. et al. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC Med Ethics* 23, 29. <https://doi.org/10.1186/>

s12910-022-00766-z

Artioli, G. et al. (2020). The impact of a “narrative interview” intervention in oncology. A study protocol for a feasibility study. *Acta Biomed*; 91(6-S):38-47. doi: 10.23750/abm.v91i6-S.10016. PMID: 32573505

Artioli G., Foà C., & Mancini T. (2013). La ricerca psicosociale per le professioni sanitarie. Dalla metodologia all'esperienza, EDISES, Napoli.

Artioli, G., & Sarli, L. (2021). The qualitative method for a humanisation of research. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*:92(Suppl 2).

Bonfigliuoli, C. (2021). A protocol for Italian validation of DEMQoL-Proxy Scale: assessing the Quality of Life of people with moderate or mild dementia. *Acta Biomed*. 2021; 92(S2):e2021040. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11974.PMID: 34328128

Carbone, R. et al. (2022). Advanced competence in intensive care unit: expectations, role ambiguity between physicians and nurses in intensive care units. Multi - method survey. *Acta Biomed*. 2022; 92(S2):e2021332. doi: 10.23750/abm.v92iS2.12670.PMID: 35037632

Carradore, M. et al. (2021) Interprofessional collaboration between different health care professions in Emilia Romagna. *Acta Biomed*; 92(S2):e2021033. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11954.PMID: 34328130

Cervellione, B. (2021). The intervention of the emergency psychologist: the SIPEM SoS Emilia Romagna during the first lockdown from covid-19. *Acta Biomed*; 92(S2):e2021019. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11440.PMID: 33855979

Cosentino, C. (2021). Effectiveness of Expressive Writing protocol in Palliative Care Healthworkers: a quantitative study. *Acta Biomed*; 92(S2):e2021010. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11468.PMID: 33855988

Foà, C. et al. (2020). Job satisfaction, work engagement and stress/burnout of elderly care staff: a qualitative research. *Acta Biomed*. 2020; 91(12-S):e2020014. doi: 10.23750/abm.v91i12-S.10918. PMID: 33263342

Gatti, E., Lorito, M. E., & Saba, A. (2021-2022). “L'utilizzo della scrittura riflessiva come mezzo per la cocostruzione di un percorso formativo universitario nelle professioni sanitarie post base: uno studio longitudinale qualitativo”. Tesi di Master in Strategie in strategie formative innovative in ambito sociale e sanitario: standard europei ed innovazione. A.a. 2021-2022. Università di Parma.

Gibbs, P., Neuhauser, L., & Fam, D. (2018). Introduction – The Art of Collaborative Research and Collective Learning: Transdisciplinary Theory, Practice and Education. In: Fam, D., Neuhauser, L., Gibbs, P. (eds) *Transdisciplinary Theory, Practice and Education*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-93743-4_1

Guasconi, M. et al. (2021). First Italian validation of the “Satisfaction with simulation experience” scale (SSE) for the evaluation of the learning experience through simulation. *Acta Biomed*;92(S2):e2021002. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11339.PMID: 33855980

Hokanson, K. et al. (2022). Reflective Practice: Co-Creating Reflective Activities for Pharmacy Students. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*:10(1), 28. <https://doi.org/10.3390/pharmacy10010028>

- Marín, V. I. (2022). Student-centred learning in higher education in times of covid-19: A critical analysis. *Studies in Technology Enhanced Learning*:2(2). <https://doi.org/10.21428/8c225f6e.be17c279>
- Marletta, G. et al. (2015). The complementary medicine (CAM) for the treatment of chronic pain: scientific evidence regarding the effects of healing touch massage. *Acta Biomed.* 2015; 86 Suppl 2:127-33.PMID: 26629667 Review.
- Martens, S. E. (2019). Student participation in the design of learning and teaching: Disentangling the terminology and approaches. *Medical Teacher*:41(10), 1203–1205. <https://doi.org/10.1080/142159X.2019.1615610>
- Merlini, C. et al. (2021). “Growing through relationship” - the Engagement of the Health Professional Students in the Internship Experience: a Grounded Theory Research. *Acta Biomed.* 2021, 29;92(S2):e2021024. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11938.PMID: 34328133
- McGregor, S. L. T. Transdisciplinary Pedagogy in Higher Education: Transdisciplinary Learning, Learning Cycles and Habits of Minds. In: Gibbs, P. (eds) *Transdisciplinary Higher Education*. Springer, Cham. 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56185-1_1
- Moldovan, F. et al. (2022). An innovative framework for sustainable development in healthcare: the human rights assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*:19(4).
- Moretti, V. et al. (2021). Take a picture! The role of visual methods in understanding psychiatric patient's everyday life. *Acta Biomed.* 2021; 92(S2):e2021028. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11945. PMID: 34328131
- Neuhauser, L., & Pohl, C. (2015). Integrating Transdisciplinarity and Translational Concepts and Methods into Graduate Education. In: Gibbs, P. (eds) *Transdisciplinary Professional Learning and Practice*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-11590-0_8
- Ricci, F. et al. (2020). Psychosocial precursors of the correct sanitation and sanitization of the patient unit in the hospital setting. *Acta Biomed.* Nov 30;91(12-S):e2020010. doi: 10.23750/abm.v91i12-S.10756.PMID: 33263348
- Rossi, S. et al. (2021). Nurse's identity role during covid-19. *Acta Biomed*;92(S2):e2021036. doi: 10.23750/abm.v92iS2.11959.PMID: 34328129
- Sarli, L. et al. (2021). Nurses' Perceived Quality of Educational Life during the covid-19 Induced Rapid Transition to Online Learning in Post- Graduate Courses: A Qualitative Study. *Creative Education*:12, 1247-1261. <https://doi.org/10.4236/ce.2021.126094>
- Sarli, L. et al. (2022). From classroom training to e-learning: a journey through the quality of learning life of nurse students in post-graduate education - A longitudinal qualitative study. *Acta Biomed*; Vol. 93, Supplement 2: e2022192 DOI: 10.23750/abm.v93iS2.13080
- Sell, K. (2022). Multi-, Inter-, and Transdisciplinarity within the Public Health Workforce: A Scoping Review to Assess Definitions and Applications of Concepts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*:19(17), 10902.
- Silva, R., Farias, C., & Mesquita, I. (2021). Challenges faced by preservice and novice teachers in implementing student-centred models: A systematic review. *European Physical Education Review*:27(4), 798-816.

Taffurelli, C. et al. (2019). Health-Care-Associated Infections Management, sow the seed of good habits: a grounded theory study. *Acta Biomed*; 90(6-S):26-33. doi: 10.23750/abm.v90i6-S.8642. PMID: 31292412

Tohmola, A. et al. (2022) Competencies relevant for gerontological nursing: Focus-group interviews with professionals in the nursing of older people. *Nordic Journal of Nursing Research*:42(3), p. 123-32.

Tonarelli, A. et al. (2020). Italian Validation of the Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *Acta Biomed*. Mar 13;91(2-S):58-66. doi: 10.23750/abm.v91i2-S.9172.

Zapponi, S. et al. (2018). Application of palliative care in demented patients: the caregivers' point of view. *Acta Biomed*; 89(7-S):78-88. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7895. PMID: 30539933

INSIEME: LE OPPORTUNITA' DELLA COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE

Stefano Tomelleri

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo riconosciuto l'Interprofessionalità o l'“Interprofessional Collaboration” (IPC) come una strategia necessaria per governare la progressiva riduzione della forza lavoro nell'area sanitaria (WHO, 2010). Accanto a questo indiscutibile riconoscimento, in questo contributo avanzo un'ulteriore chiave di lettura sull'importanza dell'IPC. La mia ipotesi è che l'IPC in ambito sanitario sia anche una strategia di autodeterminazione promossa dai professionisti per riappropriarsi della loro autonomia decisionale in un contesto storico e sociale dove le professioni, per varie ragioni, tendono a essere inglobate e incanalate in modelli organizzativi sempre più rigidi.

Dall'inizio degli anni Novanta (D.Lgs 502/92, L. 38/2010 e leggi regionali) si è osservato un incremento significativo del tempo di lavoro dedicato dai professionisti della salute agli adempimenti richiesti dall'aziendalizzazione, e successivamente dalla digitalizzazione, che hanno modificato profondamente il modo di funzionare dei servizi in numerosi ambiti dell'organizzazione assistenziale sanitaria (Cohen et al., 2010, Fortis, Tomelleri, & Nicoli, 2020). Questo nuovo modello ha permesso di rendere le organizzazioni più efficienti, ma al contempo ha comportato alcune criticità nel mondo dei professionisti della salute (Spina & Vicarelli, 2021). Digitalizzazione e aziendalizzazione hanno introdotto progressivamente strumenti di standardizzazione, di controllo di gestione e di proceduralizzazione delle attività cliniche. Da un lato, esse risultano essere indispensabili per salvaguardare i livelli di qualità e per riconoscere la specificità del contributo di ogni professionista. Dall'altro, la diffusione di protocolli, procedure e standard, in un sistema per sua natura dinamico e fluido, sebbene in alcuni casi personalistico, ha avuto un effetto di

irrigidimento, che ha impattato negativamente sull'identità dei professionisti della salute (Alfieri, 2007, Perin, 2019).

La crescita della digitalizzazione e dell'aziendalizzazione nei percorsi di cura comporta anche il rischio, di cui necessariamente bisogna essere consapevoli, di far prevalere un'idea di medicina intesa come mera pratica prestazionale e della malattia come mera questione tecno-scientifica. Tali aspetti, quando assolutizzati, stanno mettendo in crisi l'identità e la vocazione professionali, richiedendo da parte dei professionisti precise strategie di riposizionamento (Caon & Brichese, 2021). Alcune di queste sono involutive e conservative (Numerato et al., 2012), altre sono più esplorative, innovative e sperimentali, come ad esempio la collaborazione interprofessionale (Massagli & Tomelleri, 2018, Artioli & Tomelleri, 2013). Quest'ultima, come suggerisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità, andrebbe incoraggiata e supportata sia sul piano organizzativo sia nei percorsi di formazione universitaria e post-universitaria, perché se le professioni nel tempo cambiano, cambiano anche le loro competenze, che richiedono necessariamente un aggiornamento.

Come e perché le professioni cambiano tra variabili di contesto e strutturali

Le professioni si modificano perché esistono all'interno di un contesto storico e culturale, che ne modella le pratiche operative, i codici, le credenze, i valori e le cerimonie professionali (Bloor & Dawson, 1994). Ogni professionista assume queste istanze culturali per dare un senso alle proprie azioni quotidiane e per orientarsi in un contesto condiviso e condivisibile con gli altri professionisti. Non mi sto riferendo a dei contenitori stagni, rigidi che vengono assunti passivamente dal professionista, ma di un insieme dinamico, in continua evoluzione, frutto di contaminazioni continue, soprattutto grazie alla sinergia tra l'attività ordinaria e la vocazione professionale.

Ogni cultura professionale possiede poi delle caratteristiche univoche, per cui possiamo ragionevolmente sostenere che la cultura professionale degli avvocati è differente da quella degli ingegneri, e che quella dei commercialisti differisce da quella dei professionisti della salute. E all'interno di quest'ultimo mondo professionale esistono, a sua volta, ulteriori caratterizzazioni, che

distinguono, medici da infermieri, tecnici di laboratorio da operatori socio-sanitari, e così via.

Da questa considerazione di carattere generale sulle professioni, come esperienze soggettive culturalmente orientate, conseguono alcune implicazioni specifiche.

La prima implicazione riguarda il fatto che il modo di concepire una professione si modifica nel tempo e nello spazio. Le professioni cambiano al mutare del contesto culturale e dell'epoca storica, sebbene mantenendo delle «costanti fondamentali». Queste «costanti fondamentali» rimandano alla dimensione relazionale (e vocazionale) intrinseca in ogni professione, che nonostante i cambiamenti, ci permettono di riconoscerla anche quando non risponde esattamente alle nostre aspettative socialmente condivise.

Si tratta allora di studiare le professioni attraverso una prospettiva che tenga conto sia delle variabili di contesto, sia delle peculiarità strutturali. La relazione sociale che si definisce “professione”, infatti, è specifica e richiede uno sguardo altrettanto specifico. Il che, in altri termini, significa che ogni volta che si indaga questo rapporto, si introduce una dimensione simbolica del mondo sociale delle scienze mediche e infermieristiche (Lusardi & Manghi, 2014).

Un esercizio preliminare per un'ottimale configurazione di tale rapporto, potrebbe essere quello di immaginare di descrivere i professionisti della salute, così come sono oggi, a un interlocutore del medioevo. Le «costanti fondamentali» accennate poc'anzi, infatti, non sono a loro volta eterne. Gli storici della medicina concordano quasi all'unanimità nel considerare il secolo dei Lumi come lo spartiacque decisivo tra una mentalità medica antica, fondata su un paradigma “umorale”, e una moderna, orientata verso un paradigma “organico”. Dal tardo Settecento in avanti, grossomodo, il medico non è più interessato a ristabilire l'equilibrio cosmico degli elementi, ma a individuare i segni di un corpo composito. Da allora in poi non si è malati, ma si hanno malattie. E la malattia è un fenomeno organico di un corpo individuale. Questa idea del possesso della malattia e l'umanesimo individualistico segnano in modo ineludibile il mondo sociale della medicina moderna e marcano una profonda trasformazione delle professioni mediche e sanitarie (Cosmacini, 1996, 1998).

La seconda implicazione riguarda il profondo cambiamento attuale delle professioni in ambito sanitario. Le trasformazioni che interessano il mondo della sanità (aziendalizzazione e digitalizzazione in primis) esigono un ripensamento, per taluni anche drastico, delle professioni. Il ruolo, i compiti e le competenze di chi si occupa di salute, in ambito pubblico e/o privato, stanno attraversando una vera e propria «mutazione sociale» (Adler, Kwon, & Heckscher, 2013).

Questa «mutazione sociale» è tendenzialmente vissuta come una minaccia o un attacco ai valori professionali. Nonostante le resistenze al cambiamento, principalmente involutive e conservative, attivate nei diversi ambiti sanitari, la riconfigurazione delle professionalità è ormai un processo sociale irreversibile. Inoltre, l'emergenza di nuovi modi di concepire il proprio contributo professionale non è solo una tendenza sociale involutiva. Essa è anche e soprattutto un orientamento evolutivo che favorisce l'innovazione sociale e un'inedita vitalità progettuale.

Le “costanti fondamentali» delle professioni e la loro possibile «mutazione sociale”

Le professioni esistono quindi all'interno di un contesto culturale e mutano attivamente in relazione ad uno specifico periodo storico. La sociologa Julia Evetts ha schematicamente riassunto le principali «costanti fondamentali» di un tipo ideale di professionalità o di cultura professionale che permangono nel corso del tempo (Evetts, 2008, 2011). Le caratteristiche sono le seguenti: 1) controllo dei sistemi di lavoro, dei processi, delle procedure, delle priorità da stabilire in primo luogo da parte del professionista; 2) istituti professionali/ associazioni come i principali fornitori di codici etici, costruttori del discorso della professionalità, fornitori di licenze e delle procedure di ammissione, controllori di competenze e della loro acquisizione e manutenzione, supervisori e sanzionatori in caso di incompetenza professionale; 3) l'autorità collegiale, la legittimità, il sostegno reciproco e la cooperazione; 4) periodi comuni e lunghi di istruzione condivisa, formazione e praticantato; 5) sviluppo di forti identità professionali e culture del lavoro; 6) un forte zelo e dedizione al lavoro; 7) trattamento protetto e specialistico del caso, autonomia decisionale; 8) fiducia nella relazione con il cliente o utente.

L'elemento critico dell'attuale momento storico è che all'interno del sistema complesso della sanità alcune «costanti fondamentali» della cultura professionale sono messe in discussione dal nuovo modo di organizzare la salute. Si tratta di trasformazioni profonde, che mutano l'autonomia decisionale, il controllo dei processi e delle procedure del lavoro, e infine la fiducia nella relazione con l'utenza. Stanno modificando, come direbbe Khun, parti fondamentali del paradigma o quadro concettuale fondativo dell'idea di professione. Idea, necessaria per definire le coordinate generali entro cui elaborare una visione personale della propria professione.

I processi sociali a causa di questa riconfigurazione sono molteplici e tra loro differenti (Noordegraaf, 2015). Alcuni sono fenomeni di lunga durata e trasversali ai vari contesti locali: sono di natura economica (la crisi finanziaria del 2008, la spending review, l'instabilità e l'eterogeneità delle professioni emergenti), tecnologica (internet e la diffusione dei social media che hanno promosso maggior trasparenza dei servizi), demografica (il numero delle professioniste donne è notevolmente incrementato, e si assiste a un invecchiamento dei professionisti). Altre cause variano per specificità locali e geografiche. Altre ancora, dipendono invece da cambiamenti organizzativi, come nel caso delle già citate aziendalizzazione e digitalizzazione. In particolare, l'effetto di continue ristrutturazioni organizzative ha comportato un'intensificazione delle attività professionali, che è trasversale ai differenti settori organizzativi. La formula delle esternalizzazioni su base fiduciaria, con convenzioni a lungo termine, o su base competitiva (appalti e gare), ha legittimato una retorica del rinnovamento continuo, della progettazione a breve periodo, contribuendo alla polverizzazione e alla parcellizzazione delle attività professionali.

Ai professionisti è richiesta sempre maggiore responsabilità, in un contesto organizzativo dove sono accresciute le attività di 'rendicontazione', gli obblighi di raggiungere obiettivi in tempi rapidi, le scadenze sempre più ravvicinate, creando una situazione di urgenza e di emergenza permanente.

Il disposto combinato di aziendalizzazione, digitalizzazione, quando assolutizzato, spesso comporta la precarizzazione del lavoro dei professionisti, che incide sulla progressiva perdita dell'autonomia decisionale, impattando negativamente sulla spinta vocazionale e motivazionale dei professionisti.

All'interno di questo quadro problematico, i professionisti non hanno solo subito passivamente il cambiamento o attivato strategie di resistenza, ma hanno sperimentato anche nuovi modi di interpretare la propria professionalità (Meier, 2015). La mia ipotesi è che l'IPC sia un modo per i professionisti della salute di re-interpretare in modo unico e originale le «costanti fondamentali» della loro identità culturale, un faticoso tentativo di ritornare con inedite modalità relazionali a governare interamente la relazione di cura.

La collaborazione interprofessionale come strategia di autodeterminazione

L'IPC è stata analizzata da diverse prospettive scientifiche per il suo elevato impatto sulla vita organizzativa e sociale. Da punti di disciplinari e metodologici differenti, gli studiosi riconoscono che il processo di condivisione messo in atto dalla collaborazione è riconosciuto più efficace e efficiente del metodo di lavoro individuale, e che le professionalità collaborative creano valore aggiunto, perché sono professionalità portatrici di un paradigma simbolico relazionale, centrato sulla creazione di senso, sull'analisi delle dinamiche tra gli attori di tipo interattivo e intersoggettivo, sul primato dei saperi relazionali, comunicativi, sociali e culturali (Xyrichis & Ream, 2008, Tousijn, 2015; De Luca & Sena, 2021).

L'IPC è stata interpretata come una strategia funzionale per rendere l'intervento medico e/sanitario più efficace, perché la collaborazione è in grado di creare le condizioni di fiducia reciproca tra le persone che lavorano all'interno di un'organizzazione e tra l'organizzazione e il territorio. Da questo punto di vista, avendo la salute assunto caratteristiche multidimensionali, articolate e circolari (Capua, 2020), il lavoro di squadra tra differenti professionisti è fondamentale per garantire un intervento di qualità.

La sindemia da Sars-Cov-2, come è stata definita da Richard Horton (Horton, 2020), capo-redattore della rivista scientifica britannica *Lancet*, ha messo in luce come nei problemi di salute interagiscano in modo sinergico due o più malattie, insieme a problemi ambientali, sociali ed economici. L'infezione respiratoria acuta da Sars-Cov-2 ha infatti interagito con una serie

di malattie croniche non trasmissibili (obesità, ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e cancro). L'IPC è allora un approccio che considera l'insieme dei problemi che impattano sulla salute, come ad esempio, le disuguaglianze socioeconomiche esistenti sulle fasce di popolazione a maggior rischio di vulnerabilità (anziani, poveri, minoranze etniche). L'approccio interprofessionale supera l'idea che esistano cause distinte e separate nel processo di cura (come se si trattasse di compartimenti stagni: l'economia, la sanità, l'ambiente, l'istruzione, la mobilità e così via), abbracciando l'idea che la realtà della salute è un'unica ampia e articolata configurazione sociale, di parti sociali che dipendono l'una dall'altra. Un approccio integrato, interprofessionale e di rete risponde quindi alla necessità di una visione coordinata capace di interpretare l'interdipendenza tra i vari determinanti della salute e del benessere delle persone (quali l'istruzione, l'occupazione, le politiche abitative, l'alimentazione, l'ambiente, la mobilità, ecc.) (Tomelleri, 2019).

L'IPC, tuttavia, può essere interpretata diversamente, in maniera complementare all'idea di una strategia funzionale alla complessità della salute. Può essere anche un modo per i professionisti di riappropriarsi della loro autonomia decisionale e del processo di cura. Una strategia di chi ha riflessivamente compreso che solo insieme i professionisti della salute possono ritornare a governare interamente il processo di cura, garantendosi autonomia decisionale e relazionale. Spesso facendo leva sulla collegialità e alleandosi con professionisti di altri settori disciplinari, solo apparentemente lontani (ingegneri, economisti, aziendalisti, psicologi e sociologi), i professionisti della salute reinterpretano le procedure, i protocolli e gli standard in modo proattivo, rivendicando autonomia e potere di scelta nei processi decisionali delle organizzazioni di cui sono parte.

Le pratiche collaborative sono dunque un modo per i professionisti di riappropriarsi dell'autonomia decisionale, del controllo dei processi e delle procedure del lavoro, e infine della fiducia nella relazione con l'utenza. Tuttavia, la decisione di collaborare insieme agli altri è, e rimane, una scelta personale del professionista, che risponde alla sua profonda esigenza di trovare una corrispondenza tra la propria vocazione e il contesto dove la mette in

pratica. Per questa ragione la collaborazione, quando risponde all'esigenza di essere una strategia di riappropriazione della propria professionalità, non è vissuta come un'imposizione dall'alto, ma come una rielaborazione soggettiva del professionista.⁸ L'autonomia decisionale è infatti un valore fondativo per i professionisti, perché è lo spazio soggettivo di protezione e realizzazione della propria vocazione. Qualora questo spazio venga minacciato il rischio di fallimento è elevato. Ne è una testimonianza l'attuale tendenza di molti professionisti della salute di operare come liberi professionisti, spesso al servizio delle organizzazioni sanitarie, ma rinunciando a qualsiasi forma di stabilizzazione, anche contrattuale, perché vissuta come limitante la propria autonomia professionale.

Conclusioni

In conclusione, rimane un'ultima considerazione da fare. Il cambiamento in corso dei repertori culturali delle professioni richiede un importante sforzo formativo e di ricerca. Lo sviluppo della collaborazione interprofessionale ha bisogno per il suo consolidamento di una formazione appropriata, che coinvolga direttamente la scuola e le università. Molteplici sono le implicazioni di un simile cambiamento sociale e culturale, ma orientare la formazione e la ricerca universitaria per sviluppare e valorizzare le principali tendenze emergenti, significa soprattutto sostenere progetti interdisciplinari specifici.

L'università tradizionalmente promuove la ricerca scientifica attraverso collaborazioni internazionali e nazionali e svolge una funzione strategica di creazione di reti tra istituzioni pubbliche, imprese, professioni, che supera il concetto di trasferimento tecnologico. Questa funzione strategica dell'università ha bisogno di essere sostenuta anche nei modelli organizzativi della didattica e della ricerca.

Un caso rappresentativo riguarda i percorsi di studio in medicina, dove sta emergendo la necessità di integrare il percorso formativo dei futuri medici con discipline di matrice antropologica, sociologica, gestionale, capaci di fornire i quadri teorici, metodologici e interpretativi necessari per rispondere a una domanda di salute, sempre più complessa e articolata, dei pazienti e delle loro reti

di prossimità. L'università ha dunque il compito di superare il modello scientifico basato sulla multidisciplinarietà, in cui i singoli insegnamenti e progetti di ricerca lavorano in parallelo e il risultato complessivo si ottiene per somma dei singoli contributi. Questo modello è stato alla base della formazione delle professioni tradizionali. All'università è richiesto di assumere un modello di ricerca e insegnamento interdisciplinare, dove le pratiche di lavoro si integrano, se non addirittura transdisciplinare, nel quale si raggiunge un'elevata integrazione di linguaggi, pratiche e obiettivi teorici e teorico-pratici.

Nuovi adattamenti sono richiesti ai professionisti, tra la nascita di nuovi servizi, le emergenti sfide organizzative e i tradizionali meccanismi di riproduzione professionale. Per continuare a dare senso alle proprie attività quotidiane è dunque necessario essere capaci di organizzare la collaborazione interprofessionale: dagli interventi multi e transdisciplinare alle informazioni condivise, dal coordinamento di differenti specialisti alla gestione e organizzazione delle risorse economiche, dall'implementazione di innovazioni e di supporti tecnologici alle strategie di budget, dalla valorizzazione del contributo personale alla costruzione di un quadro di senso unitario.

Riferimenti bibliografici

Adler, P. S., Kwon, S. W., & Heckscher, C. (2008). Professional Work: The Emergence of Collaborative Community. *Organization Science*; 19: 359–76.

Adler, P. S., Kwon, S. W., & Heckscher, C. (2013). The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine. *Journal of Management Studies*; 50:930-62.

Alferi, R. (2007). *Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute*. Milano: Franco Angeli, 2007.

Artioli, G., & Tomelleri, S. (1994). Scoprire la collaborazione resiliente. Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria, Milano: Franco Angeli. 2013;7-133.

Bloor, G., & Dawson, P. (1994). Understanding Professional Culture in Organizational Context. *Organization Studies*; 15: 275-295.

Caon, F., & Bricchese, A. (2021). Per uno sguardo altro nei confronti delle discipline. Progetto Italiano. <https://it.pearson.com/aree-disciplinari/italiano/idee-per-insegnare/per-uno-sguardo-altro-confronti-discipline.html>

Cohen, S. B. et al. (2010). Increasing consumerism in healthcare through intelligent information technology. *Am J Manag Care*; 16: 37-43.

Cosmacini, G. (1996). Clinica. In Cosmacini, G., Gaudenzi, G., & Satollu, R., *Dizionario di*

storia della salute. Torino: Einaudi.

Cosmacini, G. (1998). *Ciarlataneria e medicina*. Milano: Cortina.

De Luca, S. B. (2021). Searching for a professional identity: a qualitative study of the oncology nurses role in a multidisciplinary breast-unit team. *Acta Biomedica*; 92.

Capua, I. (2020). *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*, Milano: Egea.

Horton R. Offline: covid-19 is not a pandemic. *The Lancet*. 2020;396:874.

Evetts, J. (2008). Introduction, in Evetts J (ed.) *Professional Work in Europe: Concepts, Theories and Methodologies*. Special issue of *European Societies*; 10: 525–544.

Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*; 59:406-422.

Fortis, M., Tomelleri, S., & Nicoli, F. (2020). Tra cura e dis-cura: i principali effetti della digitalizzazione e dell'aziendalizzazione nelle cure palliative. *Rivista italiana di cure palliative*; 22:216-219.

Lusardi, R., & Manghi, S. (2014). I limiti del sapere tecnico: i saperi sociali nella scena della cura, in Vicarelli G., a cura di, *Società e salute nel terzo millennio. Il contributo della sociologia della salute e della medicina*. Roma: Carocci.

Massagli, E., & Tomelleri, S. (2019). Nuove professionalità e nuovi protagonisti del welfare moderno e responsabile, (ed) «Professionalità Studi», 2018: 3.

Meier, N. (2015). Collaboration in Healthcare Through Boundary Work and Boundary Objects. *Qualitative Sociology Review*;1:60-82.

Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) Form of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts. *Journal of Professions and Organization*;2:187-206.

Numerato, D. et al. (2012). The Impact of Management on Medical Professionalism: A Review, in «*Sociology of Health and Illness*»; 34: 626-44.

Perin, A. (2019). Standardizzazione, automazione e responsabilità medica. Dalle recenti riforme alla definizione di un modello d'imputazione solidaristico e liberale. *Bio Law Journal* 2019;1:28.

Spina, E., Vicarelli, G. (2021). Verso un nuovo professionalismo medico. *Salute e società*;20:55-71.

Tomelleri, S. (2019). Quando l'habitus fa il monaco: mutamenti sociali, stili di vita e disuguaglianze. *BioLaw Journal*;2:70.

Tousijn, W. (2015). I rapporti inter-professionali in sanità: dal vecchio al nuovo professionalismo. *Salute e società*;3:44-55.

WHO - World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010. www.who.int/hrh/resources/framework_action/en

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. Jan; 61(2): 232-41, 2008.

Introduzione

L'*interprofessional care* sta diventando un approccio sempre più diffuso e rilevante soprattutto nell'ambito delle malattie cronico-degenerative, la cui complessità richiede il coinvolgimento di differenti figure professionali in grado di trattare in modo olistico e personalizzato sul paziente queste patologie, prevedendo anche che esse possano svilupparsi in modi non sempre clinicamente standardizzabili. Tale logica comporta, di conseguenza, anche la necessità di cambiare i servizi di cura in modo che possano favorire il più possibile la condivisione di informazioni e del decision-making, al fine di porre il paziente, e non solo o non più la malattia, al centro dei percorsi di cura (Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2015, Fox & Reeves, 2015, Légaré & Witteman, 2013).

Quando si parla di *interprofessional care* in senso puro e genuino, la letteratura fa riferimento alla cosiddetta *transdisciplinary collaboration*, ovvero un modello di collaborazione che richiede un'apertura professionale e uno scambio intenzionale e condiviso di conoscenze, in grado di superare i tradizionali confini disciplinari. La collaborazione transdisciplinare richiede anche la creazione di un modo comune di pensare, di un linguaggio condiviso, di nuovi processi di decision-making capaci di cambiare le routine lavorative monoprofessionali adottate dai modelli di socializzazione intradisciplinari (D'Amour & Oandasan, 2005).

Laddove si richiede un cambiamento rispetto all'organizzazione di un servizio di cura già esistente, tuttavia, possono sorgere alcuni problemi legati al fatto che la collaborazione interprofessionale in genere richiede una riorganizzazione del lavoro e un cambiamento di prospettiva rispetto alle attività di cura normalmente svolte da gruppi professionali omogenei. Questo cambiamento influenza non solo i valori e le identità professionali, ma anche i codici di comportamento e le routine specifiche di ciascuna professione,

cioè quei modelli di comportamento ripetitivi e interdipendenti che vengono messi in atto nelle varie situazioni contingenti di lavoro collaborativo (Baxter & Brumfitt, 2008, Greenhalgh, 2008). Di conseguenza, la transizione da un approccio mono-professionale di cura a uno interprofessionale non è un processo immediato che può essere dato per scontato, ma richiede alcune misure organizzative e di formazione che devono essere considerate adeguatamente anche a seconda del contesto (Vestergaard & Nørgaard, 2018).

L'obiettivo di questo breve intervento è, quindi, quello di riflettere su alcuni problemi legati all'applicazione dell'*interprofessional care* nel contesto italiano, presentando i risultati di tre differenti ricerche, condotte dalla sottoscritta insieme ad alcuni collaboratori specificatamente su questo tema.

L'influenza delle routine relazionali e lavorative nella costruzione dell'interprofessionalità'

La prima ricerca affronta il problema della creazione e implementazione di un team interprofessionale in un contesto ospedaliero del Piemonte. I principali risultati emersi sono stati pubblicati in un articolo dal titolo "*The role of relational routines in hindering transdisciplinary collaboration: the case of the setting up of a team in an Italian Breast Unit*" e pubblicato sul *Journal of Interprofessional Care* (Sena & Liani, 2020). L'indagine analizza il ruolo dei fattori relazionali, culturali e professionali nell'ostacolare la costituzione di un contesto di collaborazione interprofessionale nell'ambito specifico di una *Breast Unit*, un modello sanitario di recente costituzione in Italia, che applica le linee guida dell'EUSOMA e che si basa proprio su una forte collaborazione interprofessionale nel trattamento del tumore al seno (Wilson et al., 2013). In particolare, questo tipo di servizio di cura comprende la presenza di professionisti specializzati nella cura del tumore al seno (chirurghi senologi, radiologi, anatomopatologi, oncologi, radioterapisti, infermieri, tecnici radiologi), i quali sotto la guida di uno dei membri del gruppo si riuniscono periodicamente esaminando i casi nuovi e quelli in corso di trattamento, stabilendo di volta in volta e a seconda dei casi la diagnosi e il percorso clinico terapeutico più appropriato.

Attraverso l'approccio del case study, è stata ricostruita la nascita e lo sviluppo di una *Breast Unit* in un'azienda ospedaliera del Piemonte,

indagando con interviste, l'analisi di documenti e momenti di osservazione focalizzata, le percezioni, le difficoltà, il ruolo e il reale coinvolgimento e comportamento del team interprofessionale che la compone. Il modello organizzativo di *Breast Unit* analizzato era di tipo "strutturale", cioè offriva tutti i servizi diagnostici e terapeutici all'interno della stessa struttura ospedaliera, al contrario dei modelli di *Breast Unit* cosiddetti "funzionali", che invece offrono i diversi servizi in aree e strutture differenti dislocate sul territorio. Da ciò era possibile aspettarsi che l'organizzazione strutturale riuscisse a rafforzare di più la collaborazione interprofessionale e a garantire una cura più efficace, veloce e centrata sul paziente rispetto al modello funzionale, grazie alla prossimità fisica e alla condivisione degli spazi comuni di tutti i partecipanti al team interprofessionale.

Il caso di *Breast Unit* studiato, tuttavia, presentava un problema di tipo relazionale. Alcuni dei componenti del team interprofessionale si conoscevano e collaboravano già da prima della creazione di questo servizio e questo li aveva portati a ripetere lo stesso modello di interazione anche all'interno del team, escludendo il coinvolgimento di altri professionisti che si erano aggiunti successivamente. Questi ultimi, quindi, avevano finito con lo svolgere un ruolo prevalentemente ancillare rispetto ai primi, che di fatto gestivano il processo decisionale perlopiù in modo autonomo. Questo accadeva anche nel caso di figure mediche nuove, come il medico palliativista, che non solo era indicato nel PDTA come una figura obbligatoria, ma era prevista anche dalle linee guida dell'Eusoma come parte del team interprofessionale delle *Breast Unit*. Tuttavia, nel caso studiato, il medico palliativista non partecipava mai alle riunioni del team, né veniva coinvolto nella fase di diagnosi e trattamento della malattia, ma partecipava solo su chiamata dell'oncologo in caso di presenza di grave tossicità della cura o di interruzione del trattamento oncologico. Allo stesso modo, nel processo decisionale era incluso il radiologo, mentre i tecnici di radiologia erano esclusi, sebbene fossero i primi a venire a contatto con il paziente nel percorso diagnostico. Anche professionisti considerati centrali nell'assistenza del paziente come lo psicologo o gli infermieri, avevano un ruolo marginale nel team interprofessionale, pur comparando formalmente come membri del team. Lo psicologo sosteneva di non poter essere una figura dedicata solo alla

Breast Unit e di non poter quindi partecipare alle riunioni settimanalmente. Inoltre, era coinvolto solo per i pazienti che ne richiedevano la consulenza. Tuttavia, denunciava allo stesso tempo di non essere coinvolto dal team e che dopo un anno dall'istituzione della *Breast Unit* era stato interpellato per una consulenza solo una volta. In altre parole, il ruolo del palliativista o dello psicologo non erano riconosciuti dai colleghi oncologi come rilevanti per la definizione del percorso terapeutico dei pazienti, ed erano limitati alla gestione della fase terminale della malattia o alla presenza di criticità insormontabili dal punto di vista clinico-oncologico.

Allo stesso modo, sebbene diversi infermieri (di radiologia, del centro servizi, di ginecologia) potessero frequentare le riunioni settimanali del team, il loro compito si limitava perlopiù a programmare gli esami prescritti dai medici specialisti o a condividere possibili problemi di natura socioassistenziale che potevano compromettere l'adesione del paziente al percorso terapeutico. Il loro ruolo riguardava, quindi, prevalentemente funzioni gestionali, mentre le loro competenze tecniche e specialistiche di assistenza infermieristica non emergevano nel processo decisionale.

In sostanza, le barriere culturali presenti tra le professioni permanevano anche a seguito della creazione di un servizio di cura e di un team basati sull'interprofessionalità.

Un'altra barriera riscontrata era legata alle pratiche e routine lavorative che si scontravano tra loro nel momento in cui ci si trova a lavorare in team interprofessionali. Per esempio, il chirurgo senologo affermava di avere difficoltà a conciliare i suoi interessi nella rimozione radicale della ghiandola mammaria con quelli del chirurgo plastico che invece voleva preservarne il più possibile per rendere più agevole la ricostruzione successiva del seno.

La riorganizzazione di alcuni servizi dovuta alla *Breast Unit* aveva anche creato delle chiusure professionali nel tentativo di preservare i propri spazi di autonomia. Per esempio, i tecnici di radiologia del team erano riluttanti nel cedere alcune attività svolte fino a quel momento agli infermieri che erano entrate a far parte del reparto di radiologia solo recentemente, creando una confusione di ruoli, che aveva richiesto un processo di negoziazione tra le due professioni che non riusciva a trovare soluzione.

Inoltre, si evidenziava in diversi casi la ripetizione del sistema di valori a cui erano state precedentemente socializzate alcune professioni. Per esempio, i medici erano abituati ad assumere un ruolo di leadership in molti contesti, marginalizzando il contributo delle professioni non mediche nelle decisioni legate al paziente. Nel team della *Breast Unit* le decisioni venivano prese sempre dai medici specialisti e sembravano essere accettate dagli altri membri non medici in modo non problematico e dato per scontato. Tali aspetti, in ogni caso non erano percepiti in modo consapevole dagli intervistati (membri del team interprofessionale). La maggior parte di loro, al contrario, considerava la collaborazione del gruppo pienamente inclusiva e i modelli relazionali pre-esistenti come non problematici in alcun modo.

In sostanza, tutti i membri del team non avevano percepito la necessità o il bisogno né di cambiare le proprie pratiche lavorative, relazionali e collaborative nei confronti degli altri professionisti (medici e non), né di una formazione specifica per poterle rendere maggiormente transdisciplinari (OECD, 2020, Nelson, Tassone, & Hodges, 2014). Le routine relazionali informali precedenti alla costituzione della *Breast Unit*, di fatto, continuavano ad essere reiterate in modo non problematico. Tale situazione, tacitamente o inconsapevolmente accettata anche dai nuovi membri del gruppo, scoraggiava qualunque cambiamento nelle pratiche lavorative, impedendo la costruzione di un modello di team interprofessionale in senso transdisciplinare.

In sostanza, lo studio dimostrava che le competenze relazionali, la fiducia nei colleghi e la conoscenza delle pratiche lavorative reciproche, fattori normalmente identificati dalla letteratura come favorenti la collaborazione transdisciplinare (Stutsky, Spence Laschinger, 2014), possono costituire anche degli ostacoli alla sua realizzazione, a causa dell'ordine tacito su cui le relazioni lavorative si basano nel contesto sanitario.

I team interprofessionali e il problema della relazione con il paziente

La seconda ricerca riguarda i problemi legati alla relazione tra team interprofessionale e paziente in una *Breast Unit* dell'Emilia-Romagna. In questa sede si presentano alcuni risultati in parte pubblicati sulla rivista *Acta*

Biomedica nell'articolo "Searching for a professional identity: a qualitative study of the oncology nurses role in a multidisciplinary breast-unit team" (De Luca & Sena, 2021).

In questo caso, è stato usato lo stesso metodo di raccolta e analisi delle informazioni del caso precedentemente illustrato. Tuttavia, oltre ai membri del team interprofessionale è stato possibile intervistare anche i pazienti coinvolti nel percorso di cura della *Breast Unit*.

Di conseguenza, oltre ad analizzare i fattori che influivano (favorendo o ostacolando) l'interprofessionalità, in questa ricerca è stato affrontato anche il tema della centralità del paziente e il modo in cui essa veniva affrontata dal team interprofessionale della *Breast Unit*. Come è noto, infatti, l'*interprofessional care* dovrebbe sviluppare un approccio centrato sul paziente, superando il modello di cura focalizzato ancora sulle procedure e sulla malattia (Gnisci, 2001, Constand et al., 2014). Tuttavia, questo aspetto costituisce ancora un fattore critico nei contesti basati sull'interprofessionalità e, nello specifico, nell'ambito delle malattie cronico-degenerative.

Il caso analizzato presenta alcune caratteristiche differenti rispetto al primo. La *Breast Unit* di Reggio Emilia, infatti, si configura come una via di mezzo tra un modello strutturale, che concentra tutti i servizi di diagnosi, cura e assistenza nella stessa struttura, e uno funzionale, che invece prevede la dislocazione dei servizi in più strutture del territorio che sono coordinate tra loro. Il modello interaziendale integrato su cui si basa prevede che una donna possa accedere agli accertamenti radiodiagnostici, sottoporsi a intervento chirurgico, eseguire il trattamento oncologico e i controlli di follow up in uno qualsiasi degli ospedali della provincia afferenti alla Azienda Unità Sanitaria Locale studiata. Questo modello si basa, quindi, sulla presenza di una équipe chirurgica itinerante che si sposta nei vari ospedali della provincia per eseguire gli interventi. Ciò per evitare che questi ultimi si concentrino in un solo ospedale e per continuare ad assicurare il funzionamento degli ospedali periferici che, in assenza di un volume di attività congruo, rischierebbero la chiusura.

I casi dei pazienti, come nella precedente *Breast Unit*, vengono discussi ogni settimana in una riunione collegiale cui partecipano tutti gli specialisti del team, più eventuali radiologi e oncologi della provincia che hanno preso in

carico le pazienti. Considerato il gran numero di casi che ogni anno accedono a questa *Breast Unit*, il team riesce a trattare durante le riunioni settimanali solo i casi di nuova diagnosi di patologia mammaria. Questi vengono, inoltre, per lo più valutati soltanto prima dell'intervento, e non anche dopo come sarebbe, invece, indicato dalle linee guida europee. Questo aspetto, tuttavia, produce come effetto il fatto di marginalizzare il ruolo delle figure professionali che intervengono soprattutto nella parte successiva del percorso, come per esempio il radioterapista che, per definire più opportunamente la parte di trattamento di sua competenza, necessita di un confronto interdisciplinare anche successivo all'intervento; oppure il palliativista che, nonostante faccia parte del core team anche di questa *Breast Unit*, non partecipa mai alla discussione collegiale perché non vengono mai trattati in essa i casi di malattia metastatica, sui quali è invece centrale il suo intervento. Allo stesso modo, risulta molto limitato il contributo del fisiatra che presenza spesso agli incontri, ma solo in veste di uditore. Così come sono esclusi a queste riunioni anche altre figure chiave del percorso diagnostico-terapeutico, come gli infermieri dei vari reparti coinvolti. Stando a quanto dichiarato dagli stessi intervistati, questo è un aspetto critico del percorso assistenziale perché priva questa figura della possibilità di conoscere in modo approfondito la storia clinica del paziente prima della presa in carico e quindi di migliorare la qualità dell'assistenza fornita.

Anche in questo caso, dunque, il processo decisionale risulta dominato da poche figure professionali, mentre le altre sembrano trovarsi, ancora una volta, in posizione subalterna. Lo psicologo in particolare, che pure è coinvolto nella discussione di gruppo, sembra intervenire soltanto per assistere i colleghi sugli approcci comunicativi da adottare con le pazienti, ma non concorre in alcun modo a definire le scelte diagnostiche e terapeutiche.

Questo modello, quindi, presenta alcune criticità maggiori, rispetto al precedente, soprattutto in relazione alla presa in carico del paziente e alla mancanza di un coinvolgimento attivo degli infermieri e di alcune figure medico-sanitarie nel team interprofessionale. Tali criticità venivano confermate anche dai pazienti intervistati, i quali dichiaravano che la figura di riferimento nel percorso di cura era sempre costituita da un medico, anche per questioni assistenziali e organizzative normalmente gestite dagli infermieri. Inoltre,

laddove sollecitati per comprendere il coinvolgimento nel percorso di cura, i pazienti ricorrevano spesso all'espressione "fanno tutto loro", che riassume il modo in cui tale servizio di fatto trattasse il paziente come un soggetto passivo. Riguardo al rapporto paziente- team interprofessionale, ciò che emergeva dagli intervistati era la necessità di avere una sola figura di riferimento (in genere indentificata nell'oncologo) e nel trovarsi spaesati e infastiditi ogni volta che durante le visite effettuate trovavano medici differenti da quello iniziale, percependo ciò come una mancanza di continuità della cura. La figura che invece avrebbe dovuto costituire (sia in base al PDTA, che alle linee guida della *Breast Unit*) un riferimento continuo e fisso per il paziente, cioè il case manager, non era invece di fatto mai menzionato né considerato in alcun modo.

La mancanza di un case manager, di solito rappresentato da un infermiere, e, in generale la mancanza di una figura di riferimento fissa durante tutto il percorso di cura aveva portato alcune pazienti a considerare la comunicazione ricevuta durante le visite e il trattamento come troppo veloce e approssimativa, al punto da essere percepita spesso come poco chiara o comprensibile dalle intervistate. La vicinanza con alcuni professionisti sanitari, per esempio le infermiere del reparto di chemioterapia o di radioterapia, incontrate più frequentemente nella fasi di cura, rappresentava invece un elemento rassicurante, a cui potersi rivolgere per tradurre e comprendere il linguaggio medico in modo più semplice.

Sebbene, quindi, anche questo modello di *Breast Unit* era formalmente e apparentemente basato sull'interprofessionalità, in realtà la sua struttura organizzativa, associata a fattori culturali e di chiusura professionale, nonché all'attenzione eccessiva ad un approccio legato alle procedure al trattamento della malattia, non permettevano la creazione di una pratica effettiva di collaborazione transdisciplinare. Inoltre, dall'analisi della percezione dei pazienti, emergeva che l'interprofessionalità, anziché rafforzare la centralità e il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, in realtà aveva aumentato il suo senso di spaesamento, la difficoltà a relazionarsi con le figure mediche, la creazione di barriere linguistiche e la passività del ruolo del malato.^{1,4} La cura centrata sul paziente (o sulla persona) viene ormai considerata dalla letteratura come un approccio in grado di migliorare la prevenzione e l'efficacia clinica,

soprattutto se associata ad un processo di decision-making condiviso con il paziente. Le persone correttamente e continuamente informate hanno più possibilità di agire e partecipare al percorso terapeutico, realizzando livelli più elevati di impegno e migliori risultati clinici. Tuttavia, ancora oggi esso rappresenta un elemento trascurato nella pratica interprofessionale in Italia.

L'assenza di consapevolezza e formazione interprofessionale

La terza ricerca riguarda il problema della consapevolezza del significato dell'interprofessionalità da parte di varie figure professionali, ovvero il problema della costruzione di una cultura e formazione specifica dell'*interprofessional care* in Italia. In questo caso, l'indagine si è avvalsa di un approccio *mixed methods*, in cui all'interno di un unico disegno di ricerca è stata applicata una strategia a "imbuto", volta ad approfondire il tema del significato del concetto di *interprofessional care* e la rilevanza dell'*interprofessional education*, partendo da un insieme di interviste in profondità di carattere esplorativo su un campione di medici e professionisti sanitari, per poi passare ad una *survey* strutturata sugli studenti e i docenti delle facoltà di medicina fino all'utilizzo della tecnica Delphi per discutere i risultati emersi con un gruppo di esperti appartenenti a diversi ruoli e campi nell'area della formazione sanitaria. I risultati di questa ricerca, ampia e complessa, sono stati poi pubblicati in diverse sedi (Bateson, 1976, De Luca et al., 2021, Cataldi & Sena, 2021, Cataldi et al., 2022).

La ricerca si focalizzava su due questioni distinte ma, allo stesso tempo, strettamente legate tra loro, in parte derivanti dai risultati delle due ricerche precedenti, di cui si è già parlato sopra. La prima questione riguardava il fatto che l'interprofessionalità per potersi realizzare in modo transdisciplinare richiedeva una transizione necessaria da un approccio medico-centrico al paziente (basato cioè sul contributo individuale e autonomo di strutture e servizi basati sulla mono-disciplinarietà) a un approccio centrato sul paziente (basato su un processo decisionale partecipativo e condiviso da medici, professionisti e pazienti). Tale questione si fondava sull'osservazione da un lato della nascita e diffusione negli ultimi anni di molti team interprofessionali in differenti settori sanitari in Italia, e dall'altro della assenza del tema dell'interprofessionalità

nella ricerca, nel dibattito pubblico e nella formazione per medici e personale sanitario. Tale ambiguità lasciava supporre che il concetto di *interprofessional care* fosse sostanzialmente dato per scontato e applicato senza una reale e specifica consapevolezza delle sue implicazioni a livello sanitario concreto. Per tale ragione, il primo obiettivo di questa ricerca era di indagare il significato che tale concetto assumeva per diversi attori del settore sanitario.

La seconda questione partiva, invece, dallo studio della rilevanza che *l'interprofessional education* assumeva nella letteratura internazionale sul tema e di come essa fosse considerata necessaria per creare modelli mentali condivisi, in grado di cambiare pratiche e routine acquisite dai processi di socializzazione intradisciplinari tradizionali. Per questa ragione, il secondo obiettivo della ricerca era di esaminare lo stato attuale della formazione interprofessionale sia nel contesto dei corsi di laurea nel campo medico-sanitario, sia nel contesto della formazione continua e specialistica post-laurea.

In sostanza, la ricerca mirava a verificare se la collaborazione interprofessionale poteva essere considerata un processo immediato o dato per scontato o se richiedeva, al contrario, specifiche iniziative di formazione professionale, accademiche e organizzative (OECD, 2020).

Aldilà delle differenti opinioni, concezioni e definizioni del concetto di interprofessionalità in ambito sanitario, emerse sia dalle interviste in profondità che dalla survey somministrata a studenti e docenti delle facoltà di medicina, ciò che è significativo porre in evidenza in questa sede è il ruolo assunto dalla formazione interprofessionale nell'ambito dell'indagine finale condotta attraverso la tecnica Delphi. I risultati di questa tecnica, in particolare, davano un quadro molto variegato della formazione interprofessionale all'interno del servizio sanitario nazionale italiano e del sistema accademico. La maggior parte degli esperti avvertiva l'esigenza di un cambiamento culturale sia nella formazione universitaria che in quella continua per medici e professionisti sanitari, al fine di inserire l'educazione interprofessionale come parte integrante dei curricula accademici.

Tuttavia, gli esperti notavano come ci fosse una sostanziale indifferenza a livello politico e istituzionale per questo tema, in linea con altri paesi Europei in cui, nonostante alcune iniziative locali, la formazione all'interprofessionalità stentava ad entrare nella formazione obbligatoria (Homeyer et al., 2018).

Un ulteriore ostacolo all'interprofessionalità che evidenziavano gli esperti del gruppo Delphi era visto nel potere sbilanciato dei medici in ambito accademico e sanitario rispetto ad altri ruoli sanitari come quello, ad esempio, degli infermieri. Ciò si rifletteva anche nella visione medico-centrica nella formazione accademica di tutti i professionisti sanitari. La letteratura ha evidenziato che tale disparità di ruoli influenza il modo di pensare degli studenti dei corsi di laurea di medicina e delle professioni sanitarie, che vengono socializzati a modelli di decision-making medico-centrici, anziché ai valori della condivisione e conoscenza interprofessionale (Liberati, Gorli, & Scaratti, 2016).

Sebbene, infine, ci fosse una condivisione da parte di tutti gli esperti della esigenza di diffondere e sviluppare percorsi di formazione interprofessionale, tuttavia che cosa intendere nello specifico con essa e quali contenuti specifici attribuirvi, non emergeva in modo chiaro e univoco. Alcuni, infatti, suggerivano di approfondire l'aspetto della comunicazione tra professionisti e con il paziente, altri proponevano di rafforzare la presenza di studenti di medicina e professionisti sanitari negli stessi corsi, altri ancora parlavano genericamente di formazione interprofessionale, senza specificare il modo in cui declinarla concretamente.

Conclusioni

Da questa breve presentazione di alcuni risultati emersi dalle tre ricerche, qui sintetizzate e condotte negli ultimi anni sull'*interprofessional care* in Italia, si evince un quadro ancora problematico della effettiva implementazione di pratiche e modelli transdisciplinari nel contesto sanitario italiano. In sintesi, i problemi su cui ci si è voluti focalizzare possono essere riassunti nel modo seguente:

- L'interprofessionalità non è una pratica che può essere data per scontata, ma necessita di un cambiamento culturale, organizzativo, relazionale che va supportato in modo appropriato;
- Il rapporto con il paziente è fondamentale nei team interprofessionali e necessita di superare la logica centrata sulla malattia e le procedure, per poter avviare approcci di personalizzazione e umanizzazione

delle cure condivise da tutti i medici e professionisti coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico.

- Una delle vie per rafforzare modelli interprofessionali realmente basati sulla transdisciplinarietà è la creazione di curricula accademici e di formazione continua, che siano in grado di sviluppare le competenze necessarie a superare la logica medico-centrica e individualistica su cui si basa la medicina mono-disciplinare.

Riferimenti bibliografici

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.

Constand, M. K. et al. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res.*;14(1), 271. doi: 10.1186/1472-6963-14-271

Baxter, S. K., & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*;22(3):239–51. doi:10.1080/13561820802054655.

Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2015). Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: Utopia or reality? *Journal of Interprofessional Care*;29(2), 106–112. doi:10.3109/13561820.2014.942838.

D'Amour, D., & Oandasan, I. F. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*;19(1), 8–20. doi:10.1080/13561820500081604

De Luca, E. et al. (2021). A Delphi survey of Health Education System and Interprofessional nurse' role. 2021. *Nurse Education Today*, 99. doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104779.

De Luca, E., & Sena, B. (2021). Searching for a professional identity: a qualitative study of the oncology nurses role in a multidisciplinary breast-unit team. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*;92(S2), e2021506. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11643>

Cataldi, S. et al. (2022). La tecnica Delphi: limiti e potenzialità da un'esperienza di ricerca sociologica. *Sociologia e ricerca sociale*;127:5-24. doi: 10.3280/SR2022-127001.

Cataldi, S., & Sena, B. (2021). Mixed-Methods Data Collection in a Study on Interprofessional Care: Interviews, a Survey, and the Delphi Technique. *SAGE Research Methods Cases*. London: SAGE. doi:10.4135/9781529759624.

Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*;29(2), 113–118. doi:10.3109/13561820.2014.954284.

Greenhalgh, T. (2008). Role of routines in collaborative work in healthcare organisations. *BMJ*;337:1269–71. doi:10.1136/bmj.a2448.

Homeyer, S. et al. (2018). Effects of interprofessional education for medical and nursing students:

enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration—a qualitative study. *BMC Nursing*;17(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0279-x>.

Nelson, S., Tassone, M., & Hodges, B. D. (2014). *Creating the health care team of the future: The Toronto model for interprofessional education and practice*. Ithaca, NY: ILR Press.

Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*;32(2), 276–284. doi:10.1377/hlthaff.2012.1078.

Liberati, E. G., Gorli, M., & Scaratti, G. (2016). Invisible walls within multidisciplinary teams: disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc. Sci. Med.* 2016;150:31–9. doi:10.1016/j.socscimed.2015.12.002

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

Sena, B., Liani, S. (2020). The role of relational routines in hindering transdisciplinary collaboration: the case of the setting up of a team in an Italian Breast Unit. *Journal of interprofessional care*;34(2):251–258. doi: 10.1080/13561820.2019.1649643.

Stutsky, B. J., & Spence Laschinger, H. K. (2014). Development and testing of a conceptual framework for interprofessional collaborative practice. *Health and Interprofessional Practice*;2(2), eP1066. doi:10.7710/2159-1253.1066.

Vestergaard, E., & Nørgaard, B. (2018). Interprofessional collaboration: An exploration of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*;32(2):185–195. doi:10.1080/13561820.2017.1363725.

Wilson, R. et al. (2013). The requirements of a specialist Breast Centre. *European Journal of Cancer*;49(17):3579–3587. doi:10.1016/j.ejca.2013.07.017.

Zucca, A. et al. (2014). Patient-centred care: making cancer treatment centres accountable. *Support Care Cancer*;22(7), 1989–1997. doi: 10.1007/s00520-014-2221-4

L'INTERDISCIPLINARITA' NELLA RICERCA

Mario Amore
Leopoldo Sarli

Definizione di Interdisciplinarity nella ricerca

Per la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in particolare nell'ambito della Missione 4 che, tra l'altro, prevede la riforma delle classi di laurea, il Ministro Messa aveva sottolineato nelle sue osservazioni la necessità di un rafforzamento dell'interdisciplinarietà e dell'inserimento di elementi di maggior flessibilità nei corsi di studio universitari.

Queste indicazioni introducono una novità nell'organizzazione didattica dell'Università che, come vedremo, ha ripercussioni anche nel mondo della ricerca.

Non si tratta di una novità assoluta però. Basti pensare al genio interdisciplinare di Leonardo da Vinci.

Cenni di storia

Già nel medioevo la formazione di chi voleva accedere agli studi superiori, quelli che davano accesso ai ranghi elevati dell'amministrazione doveva prevedere lo studio di tutte le sette arti liberali. Si trattava delle arti coltivate da persone libere, in contrapposizione alle arti servili (mestieri più umili) tipiche dei servi della gleba. Come avviene nei moderni licei, nelle scuole che avviavano a studi universitari di medicina, di diritto, di teologia, veniva offerta una preparazione a tutto campo nelle discipline che venivano considerate fondamentali, quelle che preparavano al linguaggio, le tre arti del trivium letterario: dialettica, grammatica e retorica e quelle che avviavano alla scienza, le arti del quadrivium scientifico: matematica, geometria, astronomia e musica. Sette arti per l'appunto.

Si parlava già a quei tempi di *persone poliedriche*, che avevano cioè una vasta conoscenza in varie materie. Poliedrici venivano definiti Pitagora, Aristotele, Cicerone, Averroè.

Durante il rinascimento nacque la definizione di *renaissance man*: persone che eccellevano in campo matematico, scientifico ma anche umanistico. Basti pensare a Leonardo da Vinci, Niccolò Copernico, Niccolò Machiavelli, Galileo Galilei.

L'illuminismo con l'evoluzione della ricerca e degli studi scientifici e con lo sviluppo sempre più specialistico delle conoscenze comincia a valorizzare la separazione tra le competenze, anche se il quel periodo l'interdisciplinarietà ha ancora trovato spazio in geni che eccellevano in arti come la filosofia la teologia e la scienza: Pascal, Newton, Leibniz, Franklin, Borodin.

Le università moderne hanno distinto definitivamente la formazione in settori ben definiti: le scienze umane, le scienze sociali, le scienze naturali, le scienze matematiche e fisiche. E' per questa distinzione ogni disciplina viene riferita ad una specifica branca del sapere, ad un corpus di conoscenze che ha una sua storia culturale, dei propri metodi di studio e di ricerca, una propria comunità di studiosi. Le discipline sono definite da una loro specificità concettuale che contestualizza costrutti sociali differenti.

La legislazione italiana con la legge 509 del 2009 ha previsto queste distinzioni.

Tuttavia l'esperienza contemporanea dimostra che le discipline non sono oggetti rigidi con confini immutabili e delimitati e ci si rende sempre più conto che è possibile ed è utile l'incontro tra diverse strutture concettuali. E' proprio questa consapevolezza che costituisce il fulcro dell'interdisciplinarietà con l'integrazione di competenze e la creazione di nuove strutture concettuali (Bammer et al., 2020). Nascono così delle "interdiscipline" come la biochimica, la psicologia sociale, l'ingegneria ambientale, l'etnomusicologia, l'antropologia culturale, la bioingegneria. Anche nel mondo della sanità viene oggi presa in considerazione la Interdisciplinarietà in Sanità e la WHO (2010) ha definito che la pratica collaborativa si verifica quando: "più operatori sanitari con diversi backgrounds professionali collaborano con pazienti, famiglie, assistenti e comunità (Barnsteiner, Disch, Walton, 2014) per fornire la massima qualità delle cure".

Interdisciplinarita' nella ricerca

Con l'interdisciplinarità anche i metodi scientifici passano da una disciplina all'altra (Nicolescu, 2014) e vengono gettate le basi della ricerca interdisciplinare definita dalla National Academy of sciences: “Una modalità di ricerca da parte di gruppi o individui che integra informazioni, dati, tecniche, strumenti, prospettive, concetti e/o teorie provenienti da due o più discipline o corpi di conoscenze specialistiche per far progredire la comprensione fondamentale o per risolvere problemi le cui soluzioni vanno oltre il campo di applicazione di una singola disciplina o area di pratica della ricerca” (Hall & Weaver, 2001).

Passo successivo e più recente è la definizione del concetto di transdisciplinarità con l'impegno attivo da parte dei possessori di competenze differenti a seguire una prassi trasformativa (Gibbons et al., 1994) che porta lo studioso oltre ogni disciplina alla ricerca della comprensione del presente (Caon & Brichese, 2021), specie di fronte a problemi con un alto grado di complessità (Wiesmann et al., 2021). Non si tratta di una nuova disciplina in senso stretto, ma di una nuova “attitudine”, un nuovo approccio intellettuale, culturale, pedagogico e operativo, per costruire una realtà migliore per le generazioni future (Thompson et al., 2001, Nowotny et al., 1994).

Pohl sostiene che La transdisciplinarieta' implica che la natura precisa di un problema da affrontare e risolvere non è predeterminata, e deve essere definita in modo cooperativo da attori della scienza e del mondo della vita. Per consentire il perfezionamento della definizione del problema e la risoluzione o attenuazione dei problemi, la Ricerca Transdisciplinare collega l'identificazione e la strutturazione del problema, la ricerca di soluzioni e la realizzazione dei risultati in un processo ricorrente di ricerca e negoziazione. La transdisciplinarieta' smantella così la sequenza tradizionale che conduce dall'intuizione scientifica all'azione» (Pohl, 2011).

Interdisciplinarita' nella didattica medica

Il dibattito scientifico su questi temi è oggi molto ricco di contributi e le distinzioni tra multidisciplinarità, interdisciplinarità e transdisciplinarità

sono state definite in maniera chiara (Nicolescu, 2014). I corsi di formazione in ambito sanitario dovrebbero pertanto tenere conto di quanto riportato in letteratura. Ma non sempre è così soprattutto per la formazione medica.

Sappiamo che I corsi di formazione medica attingono alle discipline delle scienze fisiche, umane e biologiche, delle scienze cliniche ed in minor misura a quelle delle scienze umanistiche e delle scienze sociali e comportamentali. Tradizionalmente queste discipline vengono insegnate separatamente con un' enfasi sulle scienze di base nei primi anni e sulle esperienze cliniche negli anni successivi. Viene affidato allo studente il compito di integrare tutte le conoscenze e le abilità delle discipline che via via vengono insegnate loro per poi applicarle al loro lavoro clinico. L'interdisciplinarietà della didattica non riguarda quindi i piani didattici bensì l'impegno dello studente.

Il sistema universitario anglosassone, basato quasi esclusivamente su atenei privati, gode di molta più libertà nella pianificazione del curriculum. Già nel 1984 Harden (Harden, Sowden, & Dunn, 1984) aveva identificato sei strategie educative relative al curriculum in una scuola di medicina. Secondo questa scala ogni problema può essere rappresentato come uno spettro o un continuum: centrato sullo studente/centrato sull'insegnante, basato sui problemi/raccolta di informazioni, integrato/basato sulla disciplina, basato sulla comunità/basato sull'ospedale, elettivo/uniforme e sistematico/basato sull'apprendistato. L'autore aveva concettualizzato una "scala" di integrazione delle conoscenze e delle competenze con 11 gradini o fasi che vanno dal trattare le discipline in "isolamento" separatamente l'una dall'altra fino ad arrivare a progetti "interdisciplinari" e "transdisciplinari" (Harden et al., 2007).

Nel mondo anglosassone è molto apprezzato l'apprendimento basato sulla soluzione di problemi che enfatizza l'elaborazione dell'apprendimento mentre gli studenti generano obiettivi di apprendimento e li discutono in piccoli gruppi, facendo appello a tutte le conoscenze pertinenti ricavate da differenti discipline con un approccio transdisciplinare. Numerosi sono i vantaggi pedagogici del PBL:

- Stimola l'indipendenza dello studente (nell'apprendimento e non solo)
- Stimola l'apprendimento attivo
- Stimola l'apprendimento riflessivo

- Stimola il lavoro di gruppo
- Stimola l'auto-valutazione

L'integrazione tra le discipline può avvenire in maniera orizzontale ed in maniera verticale. Integrazione orizzontale è quella che prevede integrazione tra le varie discipline all'interno di uno o di ciascun anno di corso. Ne sono un esempio i corsi organizzati per distretti corporei. I primi anni dei corsi di medicina sono spesso organizzati in blocchi o unità corrispondenti a sistemi corporei quali: cardiovascolare, respiratorio, renale, gastrointestinale, endocrino/riproduttivo, muscoloscheletrico.

Più recentemente, alcune scuole del mondo anglosassone hanno adottato il concetto di ciclo di vita come mezzo per integrare i contenuti: i blocchi o le unità che forniscono la base per l'integrazione sono organizzati secondo le fasi del ciclo di vita, secondo l'età.

L'integrazione verticale è quella che avviene in diversi anni del corso. L'introduzione precoce delle competenze cliniche e il loro sviluppo accanto alle scienze di base e cliniche è un buon esempio di integrazione verticale.

L'apprendimento integrato può dover tener conto della specificità del contesto e questo è più comune nelle componenti cliniche dei corsi di medicina. L'esperienza clinica in contesti di comunità, ambulatoriali, di assistenza primaria e di medicina generale porta ulteriori opportunità per l'apprendimento clinico integrato negli attuali curricula delle scuole di medicina. Tuttavia non sempre la didattica può offrire un'ampia varietà di contesti ed è necessario allora trovare il modo di ridurre l'influenza del contesto sull'apprendimento. Ci sono poi diversi modi per ridurre l'influenza della specificità del contesto per l'integrazione del curriculum. E' possibile promuovere l'elaborazione delle conoscenze da parte degli studenti senza contestualizzare. Un sistema integrato orizzontalmente può fornire opportunità per tale elaborazione.

Anche la possibilità di utilizzare le stesse informazioni in diversi sistemi o contesti può ridurre gli effetti della specificità del contesto. Tali opportunità possono essere trovate in corsi integrati verticalmente dove c'è rivisitazione della conoscenza in diverse situazioni e in diverse combinazioni di discipline.

Un terzo modo per ridurre l'effetto del contesto è rendere i contesti di apprendimento il più vicino possibile al contesto in cui le informazioni devono

essere recuperate. Ciò fornisce un argomento per l'apprendimento integrato all'interno di contesti clinici integrati (in contesti di comunità, cure primarie, medicina di famiglia o medicina generale).

Nei corsi verticalmente integrati le discipline sono organizzate in temi o domini che percorrono tutti gli anni del corso. Molti corsi di medicina sono ora organizzati attorno a quattro temi principali che, pur avendo nomi diversi, trattano generalmente quanto segue:

- abilità cliniche e comunicative
- scienze di base e cliniche
- salute sociale, comunitaria e della popolazione
- diritto, etica e professionalità.

La situazione italiana non tiene il passo di quella anglosassone perché fa riferimento ad un percorso rigidamente imposto da leggi ministeriali. Come si diceva all'inizio di questo capitolo sono stati gli obiettivi posti dal PNRR a gettare il sasso del cambiamento nello stagno della tradizione. Il PNRR prevede un incremento di flessibilità e interdisciplinarietà dei corsi di studio, al fine di fronteggiare il disallineamento emergente tra offerta formativa e domanda occupazionale.

Flessibilità e interdisciplinarietà devono essere combinate con le caratterizzazioni proprie dei singoli percorsi formativi.

Ecco che allora si rende necessaria una serie mirata di modifiche alla disciplina vigente delle classi di laurea, e in particolare delle classi di laurea. Il concetto di classe di laurea era stato introdotto a seguito del cosiddetto "processo di Bologna"⁵, un processo di riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore dell'Unione europea, che si era proposto di realizzare, entro il 2010, lo Spazio europeo dell'istruzione superiore. Nell'ambito dello Spazio europeo dell'istruzione superiore, tutti i paesi partecipanti hanno deciso di: istituire un sistema di istruzione superiore a tre cicli comprendente studi di Laurea, di Laurea magistrale e di Dottorato, garantire il riconoscimento reciproco delle qualifiche e dei periodi di studio all'estero conseguiti presso altre università, attuare un sistema di garanzia della qualità per accrescere la qualità e la rilevanza dell'apprendimento e dell'insegnamento.

⁵ Il testo è tratto in tutto o in parte da Lo Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore, pubblicazione a cura dell'Agenzia Nazionale LLP/Erasmus, novembre 2009, ed è distribuito sotto licenza CC-BY-SA.

L'Italia ha pertanto provveduto ad emanare il DM 509/99 che raggruppa i corsi di studio dello stesso livello, comunque denominati dagli atenei, aventi gli stessi obiettivi formativi qualificanti e le conseguenti attività formative indispensabili. I paletti previsti dalla legge sono apparsi presto troppo rigidi e nel 2018, il Ministero aveva incaricato il CUN di elaborare analisi e proposte per un aggiornamento e una drastica semplificazione dei settori scientifico-disciplinari e concorsuali anche nella prospettiva di assicurare una maggiore flessibilità delle classi di Corso di studio adeguata al contesto internazionale.

La collocazione della “Riforma delle classi di laurea” in seno alla Missione 4 “Istruzione e Ricerca” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha imposto un’accelerazione ai lavori del CUN ed ha previsto un intervento cornice da adottare già entro i primi mesi del 2022. A tal riguardo con Decreti Ministeriali n. 1051 del 05/08/2021 e n. 1124 del 30/09/2021 è stato costituito un Gruppo di Lavoro con lo scopo di svolgere “attività consultiva e di supporto al Ministro per l’elaborazione di proposte in materia di aggiornamento degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea”. Le proposte vanno nella direzione di una apertura di sistema verso una maggiore interdisciplinarietà dei corsi di studio e lo fanno utilizzando per la definizione degli ambiti disciplinari mediante cui sono strutturate le classi di laurea gli ambiti disciplinari previsti per i settori concorsuali di cui all’articolo 15 della legge 240/2010 al posto di quelli previsti nell’attuale definizione dei settori scientifico-disciplinari. Si tratta di un primo passo per il superamento degli “steccati” disciplinari assai rigidi presenti nel nostro ordinamento e che non trovano analogia nelle principali esperienze comparate né nel sistema europeo della ricerca ove vigono classificazioni delle aree del sapere assai più ampie ed eterogenee.

Valutazione della ricerca

Nonostante le indicazioni del PNRR e nonostante gli obiettivi della riforma dei corsi di laurea vadano nella direzione di una maggiore elasticità e di una maggiore interdisciplinarietà i ricercatori universitari incontrano grandi difficoltà nell’applicare queste direttive alla loro ricerca scientifica. La ragione principale di

questa difficoltà sta nei criteri oggi adottati per la valutazione della ricerca da parte degli organi competenti. La valutazione può avere un approccio quantitativo ed un approccio qualitativo e può utilizzare diversi metodi tra cui la peer review, il panel, l'analisi bibliometrica, la misurazione dei fattori di impatto.

La valutazione tra pari, comunemente indicata con il termine anglosassone di Peer Review è la più utilizzata e non soltanto per misurare la qualità di una ricerca, ma anche per l'attribuzione di finanziamenti ed è il sistema più valido per ridurre il rischio di influenze esterne, di plagii, di truffe scientifiche o più semplicemente di errori e distorsioni dei dati. La peer review può essere aperta quando i nomi degli autori di un articolo e dei revisori che lo valutano sono noti, ma per ridurre il rischio di influenze esterne vengono il più delle volte adottati peer reviews in cieco. Si tratta di procedure valide di valutazione nel corso delle quali gli autori non vengono a conoscenza del nominativo di chi giudica il loro prodotto. Più anonima ed obiettiva è la valutazione eseguita in doppio cieco, con gli autori che non sanno chi è il revisore ed il revisore che non sa chi è l'autore.

Il mondo anglosassone predilige la valutazione effettuata da un Panel. Il panel consiste nell'effettuare visite da parte di gruppi di valutatori (referee panels) alle istituzioni da valutare e incontri con il personale addetto alla ricerca, il personale tecnico amministrativo e gli studenti. *(E' il criterio adoperato dall' Anvur nell'esercizio della VQR).*

L'idea di fondo di tutti questi sistemi di valutazione è quella di misurare il sapere scientifico grazie al numero di pubblicazioni su riviste scientifiche di alta qualità calcolato grazie all'utilizzo di indicatori bibliometrici. Di conseguenza, secondo questi modelli, maggiore è il numero di citazioni di una produzione, maggiore sono la sua qualità e il suo prestigio.

Perché occorre valutare la qualità della ricerca e quali misure si adoperano

La prima finalità della valutazione è quella di identificare e misurare il livello dei risultati raggiunti, anche per identificare più facilmente i processi e le risorse che più di altri hanno consentito di raggiungere il risultato desiderato. Altra finalità, non meno importante,

è quella di confrontare il proprio risultato con quello ottenuto da sistemi concorrenti o comparabili. In questo modo dovrebbero rafforzarsi il desiderio del ricercatore di migliorarsi e di raggiungere risultati eccellenti. Infatti scopo ulteriore della valutazione è proprio quello di orientare i comportamenti futuri e migliorarne i risultati, quindi la capacità di trasformare migliorandoli il sistema i processi e le risorse.

Oggetto di valutazione sono articoli scientifici, libri od altri prodotti simili, così come progetti di ricerca, programmi, gruppi, di ricerca o intere istituzioni che svolgono o finanziano attività di ricerca.

La Valutazione può essere comparativa o non comparativa, a seconda della necessità di formulare graduatorie o, al contrario, di assumere elementi specifici del valutando nel contesto e nella struttura della valutazione.

La valutazione della ricerca può essere effettuata in momenti differenti: ex ante (ad esempio per la selezione di progetti), in itinere (per verificare l'andamento di un progetto/programma di ricerca), o ex post, sui risultati in termini di pubblicazioni, brevetti etc., o sul loro impatto nel mondo scientifico.

Quest'ultimo aspetto ha un'importanza particolare. Nell'editoria accademica, infatti, il fattore di impatto (Impact Factor) è l'indicatore bibliometrico più conosciuto ed è il metro di misura che si applica per misurare la qualità di una rivista scientifica. Il fattore di impatto è dato dal rapporto fra il numero di citazioni ricevute in un dato anno dagli articoli pubblicati in una rivista nei due anni precedenti, e il totale degli articoli pubblicati nella rivista negli anni presi in considerazione:

- Il 5-year Journal Impact Factor è un fattore basato invece sulle citazioni degli articoli pubblicati nei cinque anni precedenti. Questa misura viene utilizzata per categorizzare, valutare, comparare e ordinare le riviste scientifiche catalogate dalla Thomson Reuters;
- Journal Immediacy Index: indice di immediatezza, calcola il numero di citazioni ricevute nello stesso anno della pubblicazione;
- Half-life index: calcola l'età mediana di una pubblicazione, considerando il numero di anni della pubblicazione che comprendono il 50% delle citazioni ricevute dalla rivista;
- Total Cites: il numero totale di citazioni ricevute

E' poi utilizzato l'indice di Hirsch (H-index), creato nel 2005 dal fisico Jorge Hirsch dell'Università di San Diego, e si basa sul numero delle pubblicazioni di un autore e sul numero di citazioni ricevute. La più evidente differenza con l'Impact Factor è che si tratta di una misura che si concentra sulla prestazione e la produttività di un autore, anziché sull'impatto degli articoli o delle riviste.

Esiste anche un altro indice: l'Eigenfactor (Università di Washington 2007) che misura l'impatto citazionale di una rivista valutando la diversa importanza delle riviste da cui provengono le citazioni. Citazioni provenienti da riviste più influenti hanno una maggiore rilevanza, un "peso" maggiore.

Criticita' della valutazione della qualità della ricerca

Da quanto detto risulta evidente che la valutazione viene definita in termini di numero di pubblicazioni e che anche la misurazione della qualità viene effettuata con modalità quantitative. Non è prevista una valutazione qualitativa. La pura progettualità, le idee, non vengono prese in considerazione. Allo stesso modo non vengono presi in considerazione gli investimenti che gli studiosi fanno in progetti e percorsi particolarmente innovativi e che, per questo, possono con maggiore probabilità non portare agli esiti sperati.

L'enfasi sulla quantità, specie nella valutazione comparativa per i passaggi di carriera, e la competizione di fatto focalizzata su parametri bibliometrici o di tipo analogo, spinge gli studiosi a scegliere processi di ricerca "prudenziali", che hanno maggiori probabilità di successo, il cui ritorno è di più breve periodo. A volte si dedicano risorse preziose soltanto per trovare il modo di ottenere quella singola citazione che consente di raggiungere il numero minimo di citazioni previsto dai criteri adottati per ottenere l'idoneità scientifica nazionale indispensabile per l'avanzamento di carriera. Al contrario il sistema attuale di valutazione della ricerca costituisce un disincentivo a dedicare risorse all'attivazione di progetti di ricerca potenzialmente più rischiosi, il cui orizzonte temporale è più lungo e che potrebbero generare conoscenze e innovazioni di più ampia portata. La forma prevale sui contenuti.

Ed ancora: l'articolo scientifico pubblicato su una rivista scientifica è considerato di gran lunga superiore al capitolo di un libro; la rivista viene considerata superiore al libro. Lo studioso non dedicherà più tempo alla divulgazione delle proprie competenze e conoscenze su libri che potrebbero avere una finalità didattica oltre che divulgativa, ma che non procurano citazioni. La forma prevale sui contenuti. Si arriva al punto che il ricercatore imposta il protocollo di ricerca in funzione della rivista, da alla ricerca un taglio che possa risultare gradito al board della rivista.

Nella valutazione comparativa la pubblicazione internazionale viene considerata superiore a quella nazionale; il contenitore prevale sul contenuto, il contenitore diventa approssimazione del contenuto. La forma sostituisce la sostanza: le pubblicazioni non sono, di fatto, valutate in base ai contenuti, perché gli elementi di forma prevalgono e, a volte, sono gli unici considerati.

Publish or perish

Publica o muori. Si tratta sostanzialmente di un invito ad ignorare la cultura, a trascurare progetti di ricerca innovativi ed a dedicarsi a quanto è di moda e può essere più facilmente pubblicato e citato. Questa contrazione degli obiettivi di ricerca ha la grave conseguenza di determinare una distorsione degli indirizzi culturali che si trasmette sulla programmazione didattica dei corsi di studio. Nel corso di laurea in medicina, in Italia, si insegna oggi molta biochimica, molta psicobiologia, tanti argomenti di neuroscienze perché queste materie sono oggetto di tante pubblicazioni scientifiche, sono temi che vanno di moda, danno al ricercatore buone possibilità di vedere pubblicato il suo studio, il rischio di non venire citato da altri ricercatori che si occupano degli stessi temi è minimo. Ed il ricercatore che è anche docente enfatizza questi argomenti nel corso di studio. Al contrario la medicina di base, la semeiologia, tanta clinica vengono trascurati e gli studenti sono privati dell'apporto didattico e scientifico fondamentale per la loro formazione. Questa è una grave ricaduta del publish or perish.

Altra grave conseguenza che determina gravi ricadute è l'ossessione del ricercatore per l'impact factor. Prima del 2000 il "Science Citation Index" su CD-ROM dell'Institute for Scientific Information (ISI) era utilizzato dagli

esperti per analisi specialistiche. Poi nel 2002, Thomson Reuters ha reso il database Web of Science ampiamente accessibile. Sono stati creati indici di citazioni concorrenti: Scopus di Elsevier (rilasciato nel 2004) e Google Scholar (versione beta rilasciata nel 2004). Nel 2005, Jorge Hirsch, un fisico dell'Università della California, San Diego, ha proposto l'h-index, rendendo popolare il conteggio delle citazioni per i singoli ricercatori.

Il crescente interesse per una misura grezza - il conteggio medio delle citazioni degli articoli pubblicati su una rivista negli ultimi due anni - illustra la crisi nella valutazione della ricerca. Il numero di articoli scientifici contenenti nel titolo il termine "impact factor" è cresciuto in maniera esponenziale dal 1994 fino al 2014, in special modo nel materiale editoriale. Dopo che nel 2012 a San Francisco 150 scienziati e 75 organizzazioni scientifiche in una dichiarazione sulla valutazione della ricerca (DORA) hanno richiesto di fermare l'equiparazione del fattore di impatto della rivista con la qualità della ricerca (Cagan, 2013, Bruce, 2013, Van Norden, 2013) il numero di quegli articoli è drasticamente crollato. Il numero dei sottoscrittori della DORA ha rapidamente superato il numero di 10.000.⁶

Questa iniziativa ha trovato grande sostegno anche perché i ricercatori hanno dovuto difendersi dal moltiplicarsi dei "predative journals", le "riviste predatrici". Sono definite con questo termine le riviste e gli editori che privilegiano l'interesse personale a scapito della loro mission. Le riviste predatrici forniscono informazioni false o fuorvianti: il sito Web o le e-mail spesso presentano dichiarazioni contraddittorie, fattori di impatto falsi, indirizzi errati, false dichiarazioni del comitato editoriale, false affermazioni di indicizzazione o appartenenza ad associazioni e affermazioni fuorvianti sul rigore della revisione tra pari con mancanza di trasparenza nelle procedure operative come il modo in cui vengono prese le decisioni editoriali e le tariffe applicate. Gli editori predatori spesso non forniscono le proprie informazioni di contatto o dettagli sulle spese di elaborazione degli articoli. Gli editori e i membri dei loro comitati editoriali sono spesso non verificabili.

Non esiste una lista condivisa delle riviste che non rispettano le migliori pratiche editoriali e di pubblicazione nonostante gli standard siano

6 "Dora - ASCB". ASCB. Retrieved 14 December 2017.

stati definiti nella dichiarazione congiunta sui principi di trasparenza e le migliori pratiche e largamente condivise dal Committee on Publication Ethics (COPE)⁷, dal Diverse Open Access Journals (DOAJ)⁸, dalla World Association of Medical Editors (WAME)⁹ e dalla Open Access Scholarly Publishing Association (OASPA)¹⁰. Jeffrey Beall, un bibliotecario americano, ha pubblicato una lista di oltre un migliaio di riviste potenzialmente predatrici (Beall, 2012) scatenando critiche feroci e minacce legali al punto che nel 2007 ha cessato la sua attività. Anche Cabells International¹¹ ha pubblicato una lista di riviste potenzialmente predatrici, ma non tutti i titoli delle due liste coincidono. Il DOAJ può eliminare regolarmente i titoli che non soddisfano i criteri di qualità, ma alcune riviste ritenute legittime dal DOAJ sono state ritenute predatorie dagli elenchi di Beall e/o Cabells. Anche in questi elenchi ci sono imprecisioni e contraddizioni.

Un'altra conseguenza del "publish or perish" è quella del riciclaggio dei testi e di una serie di altre pratiche di ricerca discutibili. Ha fatto scalpore il caso di un rinomato biologo giapponese, tra i massimi esperti mondiali di cellule staminali, che nel pieno della carriera si è suicidato nel 2014. Pochi mesi prima, nel gennaio dello stesso anno, su *Nature* erano apparsi due articoli, firmati da lui e da una sua collaboratrice che descrivevano una nuova tecnica apparentemente rivoluzionaria. Ai revisori di *Nature* erano sfuggiti alcuni strani particolari che invece non erano sfuggiti ad altri scienziati dopo la pubblicazione. Era tutto falso.

Altro caso emblematico è quello dello scienziato Peter Nijkamp. Nel 2013 un suo allievo presentò una tesi di dottorato scritta congiuntamente con Nijkamp composta da versioni riciclate di precedenti lavori con altri coautori che non erano stati neanche citati. Si parlò di autoplagio, ma un comitato di inchiesta stabili nel 2017 che la cosa non era poi così grave.¹²

Questi e numerosi altri episodi che hanno provocato scandalo nel mondo dell'editoria scientifica hanno indotto a pubblicare su *Nature* il

7 <https://publicationethics.org>

8 <https://doaj.org/about/>

9 <https://www.wame.org>

10 <https://oaspa.org>

11 <https://www2.cabells.com>

12 <https://translate.google.com/website?sl=en&tl=it&hl=it&prev=search&u=http://www.advalvas.vu.nl/nieuws/integriteitsorgaan-vu-onzorgvuldig-gehandeld-zaak-nijkamp>

manifesto di Leiden per la misurazione della qualità della ricerca basato su dieci principi che dovrebbero indurre i valutatori a non considerare soltanto i valori numerici legati alle citazioni (Hicks et al., 2015).

E la Interdisciplinarieta'?

E' ormai ampiamente condivisa l'opinione che le innovazioni più significative sono il frutto di collaborazioni interdisciplinari e transdisciplinari. La stessa definizione del termine "cultura" riportata sul dizionario Treccani da sostegno a questa opinione:

L'insieme delle cognizioni intellettuali che una persona ha acquisito attraverso lo studio e l'esperienza, rielaborandole peraltro con un personale e profondo ripensamento così da convertire le nozioni da semplice erudizione in elemento costitutivo della sua personalità morale, della sua spiritualità e del suo gusto estetico, e, in breve, nella consapevolezza di sé e del proprio mondo". Le più importanti aziende utilizzano sempre più il "design thinking", un approccio multidisciplinare all'innovazione per risolvere problemi complessi utilizzando una visione e una gestione creative. Recentemente la validità questo approccio viene riconosciuta anche nel campo della gestione della salute (Lorusso, Lee, & Worden, 2021).

L'incrocio di competenze diverse crea le condizioni più fertili per l'emergenza di nuove idee. L'attuale sistema di valutazione della ricerca in Italia sembra spingere nella direzione opposta. Le normative cui abbiamo fatto riferimento pongono l'enfasi sulla disciplinarità, non sulla interdisciplinarità. I prodotti della ricerca, le pubblicazioni scientifiche, sono valutati in un ambito strettamente disciplinare. La normativa cui fa riferimento il processo di valutazione della ricerca fornisce le liste di riviste su cui gli studiosi "debbono" pubblicare per vedere riconosciuto il loro lavoro e quelle riviste hanno un forte connotato disciplinare. E' evidente quindi che i criteri di valutazione del merito scientifico in Italia non premiano l'interdisciplinarità, ma le penalizzano. Se la ricerca viene condotta in un ambiente interdisciplinare, infatti, la scelta della rivista scientifica su cui pubblicarne i risultati premia soltanto l'autore della disciplina che riconosce quella rivista come congrua, gli altri autori, invece,

se appartengono a settori disciplinari che non prevedono quella rivista nella lista di quelle congrue, non potranno utilizzare quella pubblicazione per la loro valutazione scientifica. La scelta della rivista, inoltre, premierà solitamente quei settori le cui riviste hanno un elevato impact factor. Un esperto di biologia cellulare che ha a disposizione riviste con impact factor superiore a 10 e che ha condotto una ricerca con un matematico non vorrà pubblicare su una rivista di matematica e se anche di alto livello non hanno fattori di impatto superiori a 3.

Impatto del covid-19

Il Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, immediatamente dopo l'inizio della pandemia, invitava tutti i Paesi, le aziende e le istituzioni di ricerca a rendere liberamente accessibili dati della ricerca e informazioni per l'avanzamento della scienza, a beneficio della comunità ("I call on all countries, companies and research institutions to support open data, open science, and open collaboration so that people can enjoy the benefits of science and research"). Durante la *Open Science Fair del 2021* Robert Terry, Manager Research Policy, dell'OMS, asseriva come, dopo oltre un anno dall'inizio della pandemia, gli articoli tradizionali si fossero rivelati "inutili" e meno del 25% del materiale scientifico incluso nelle linee guida dell'OMS sul covid-19 proveniva da pubblicazioni tradizionali¹³. Di fronte al dramma della pandemia gli scienziati hanno in gran parte abbandonato il "publish or perish" e si sono dedicati a mettere a disposizione dati utili con ogni mezzo, anche con percorsi meno "accademici" ed in gran parte interdisciplinari.

In questo scenario, la Commissione Europea ha messo in atto una duplice strategia: sul fronte pratico, per quanto riguarda le procedure di valutazione dei progetti europei, e sul fronte politico, con la promulgazione dell'Accordo per una riforma della valutazione della ricerca.

La strada che porta alla concretizzazione dell'accordo europeo è tuttavia lunga

Abbiamo già fatto riferimento agli avamposti di questo percorso: la San Francisco Declaration on Research Assessment che aveva raccomandato

13 <https://www.youtube.com/watch?v=TrZrRcCoQSo>

la valorizzazione del merito intrinseco della ricerca, escludendo misurazioni basate su Journal Impact Factor, il The Leiden Manifesto for Research Metrics che ha definito i principi per assicurare che i ricercatori siano incentivati a pratiche a supporto dell'integrità della ricerca.

Nel Gennaio 2021 la Commissione Europea ha l'avvio a un processo di consultazione di università, enti di ricerca e agenzie di finanziamento i cui risultati sono stati riportati nella pubblicazione dell'Agreement on Reforming Research Assessment, avvenuta il 20 luglio 2022.¹⁴ L'unica istituzione italiana che ha partecipato ai lavori è stato il Consiglio Nazionale delle Ricerche.

La parte principale dell'accordo è il documento definito *Scoping Report* che contiene le basi teoriche per facilitare e accelerare una riforma che:

- promuova la valutazione qualitativa basata sulla peer review, supportata da un uso più responsabile degli indicatori quantitativi
- consideri il valore e l'impatto di una pluralità di risultati della ricerca (bibliodiversità) e il multilinguismo
- riconosca la diversità delle attività svolte da un ricercatore e supporti la scienza collaborativa (*team science*)
- incentivi la collaborazione aperta e la condivisione di risultati e dati preliminari

“Lo scopo», spiega il documento, «è che la ricerca venga valutata sulla base dei suoi meriti intrinseci piuttosto che del mero numero di pubblicazioni e di dove sono state pubblicate”.

I principi per la valutazione di criteri e processi si focalizzano sulla qualità: originalità delle idee, conduzione trasparente della ricerca e risultati che vadano oltre lo stato dell'arte. La valutazione dovrebbe basarsi su un giudizio qualitativo per il quale la revisione tra pari è centrale. Diversità, inclusività, collaborazione devono essere incoraggiati.

Al momento la valutazione della ricerca in Italia non rispetta questi principi ed in particolare non incoraggia diversità, inclusività, collaborazione e quindi interdisciplinarietà. La valutazione è strettamente individuale e da essa dipendono i passaggi di carriera, le attribuzioni di fondi, persino la reputazione delle persone. Non c'è una valutazione degli ambiti collettivi nei quali la ricerca

¹⁴ https://research-and-innovation.ec.europa.eu/news/all-research-and-innovation-news/reforming-research-assessment-agreement-now-final-2022-07-20_en

viene svolta ed anche laddove si tenti una valutazione di tipo apparentemente collettivo questa si focalizza solo sugli esiti e comunque viene intesa come mera somma di valutazioni individuali.

Le pubblicazioni a più firme singola sono valutate in modo più basso rispetto alle pubblicazioni a firma singola nell'ipotesi, per nulla scontata, che in una pubblicazione a più firme la quantità di lavoro di ogni firmatario sia minore rispetto a quanto accade per pubblicazioni a firma singola. Ne deriva il paradosso che la valutazione della qualità della ricerca utilizza metodi e parametri che identificano la “quantità di lavoro” come metrica rilevante anziché la qualità delle idee proposte, scoraggiando così gli approcci collaborativi.

Abbiamo iniziato questo capitolo riportando che per la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza il Ministro dell'Università del precedente governo aveva sottolineato la necessità di un rafforzamento dell'interdisciplinarietà nel rispetto delle indicazioni della commissione europea. C'è da augurarsi che questa apertura sia preliminare ad un reale cambiamento che consenta ai ricercatori italiani di valorizzare l'integrazione delle loro diverse competenze per poter contribuire al miglioramento della qualità della ricerca così come sta avvenendo in altri paesi europei e del mondo intero.

Riferimenti bibliografici

Bammer, G. et al. (2020). Expertise in research integration and implementation for tackling complex problems: when is it needed, where can it be found and how can it be strengthened?, *Palgrave Communications* 6(art 5). <https://www.nature.com/articles/s41599-019-0380-0>.

Barnsteiner, J. H., Disch, J., & Walton, M. K. (2014). *Person and Family Centered Care*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Beall, J. (2012). “Predatory publishers are corrupting open access”. *Nature*. 2012;489(7415): 179. Bibcode:2012Natur.489.179B. <https://www2.cabells.com>

Boffo, V. (2017). *LifeLong Learning and Higher Education: to Build Professions for the Future*. *Pedagogia Oggi*, 2017;15(2).

Bruce, A. (2013). *Impact Factor Distortions*. *Science*; 340(6134):787. doi:10.1126/science.1240319. PMID 23687012.

Cagan, R. (2013). “San Francisco Declaration on Research Assessment” (PDF). *Disease Models & Mechanisms* 6(4): 869–870. doi:10.1242/dmm.012955. PMC 3701204. PMID 23690539.

Caon, F., & Brichese, A. (2021). *Per uno sguardo altro nei confronti delle discipline*. Progetto

Italiano 2021. <https://it.pearson.com/aree-disciplinari/italiano/idee-per-insegnare/per-uno-sguardo-altro-confronti-discipline.html>

Gibbons, M. et al. (1994). *The new production of knowledge*. London: Sage.

Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education* 35, p. 867-75.

Harden, R. M., Sowden, S., & Dunn, W. R. (1984). Education strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ.*;18;284-297.

Harden, R. N. et al. (2007). Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Medicine* 326-31, <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2006.00169.x>

Hicks, D. et al. (2015). The Leiden Manifesto for research metrics. *Nature*. 2015 520:429-431. <http://www.leidenmanifesto.org/>

Institute of Medicine. 2005. *Facilitating Interdisciplinary Research*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11153>

Lorusso, L., Lee, J. H., & Worden, E. A. (2021). Design Thinking for Healthcare: Transliterating the Creative Problem-Solving Method Into Architectural Practice. *HERD*. Apr;14(2):16-29. doi: 10.1177/1937586721994228. Epub 2021 Mar 22. PMID: 33745330.

Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinarité: manifeste*. Monaco: Editions du Rocher.

Nicolescu, B. (2014). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, indisciplinarity, and transdisciplinarity: similarities and differences. *RCC Perspectives*, No. 2, *Minding the Gap: Working Across Disciplines in Environmental Studies*. p. 19-26

Nowotny, H. et al. (1994). *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. Sage. 1994.

Pohl, C. (2011). What is progress in transdisciplinary research?. *Futures*, 2011;43:618-626.

Thompson Klein, J. et al. (2001). Transdisciplinarity: Joint problem solving among science, technology, and society. An effective way for managing complexity.

Van Noorden, R. (2013). Scientists join journal editors to fight impact-factor abuse. *Nature News Blog*. 2013.

WHO - World Health Organization. (2010) *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. www.who.int/hrh/resources/framework_action/en

Wiesmann, U. et al. (2021). Combining the concepts of transdisciplinarity and partnership in research for sustainable development. 10.5167/uzh-61735.

L'INTERDISCIPLINARITA' NELLA FORMAZIONE

Monica Bianchi

L'interprofessionalità nella formazione è un tema di grande rilevanza soprattutto se si pensa alla formazione non come un elemento a sé ma come a qualcosa che nel corso degli anni è passato da un livello personale e micro, ad un livello professionale e meso-macro; elemento in cui la dimensione della professionalizzazione si è trasformata in una declinazione obbligata per guardare al tema dell'educazione dell'uomo e, di conseguenza, della formazione (Boffo, 2017).

Mutuandolo dall'inglese *interprofessional education*, il termine più usato è educazione interprofessionale (IPE) che è stata definita dall'organizzazione mondiale della sanità come un'esperienza che “si verifica quando gli studenti di due o più professioni imparano l'uno dall'altro, da e con l'altro” (WHO, 2010). È riconosciuto da diversi fonti che l'IPE migliora la capacità dei professionisti della salute di lavorare bene in team, di comunicare efficacemente con i pazienti e le famiglie, di rispettare e di apprezzare i reciproci ruoli in ambito sanitario e di sviluppare valori condivisi (Bianchi et al., 2019). Oltre a ciò, le iniziative di IPE migliorano le percezioni, gli atteggiamenti, le credenze e i comportamenti degli studenti e dei professionisti rispetto alla collaborazione interprofessionale; infine migliorano anche i risultati dell'assistenza sanitaria tra cui la riduzione della durata della degenza, la qualità dell'assistenza ai pazienti e la gestione delle risorse (Jadotte & Noel, 2021, Gonçalves, 2021).

In generale, pianificare e gestire moduli interprofessionali significa avere a che fare con un gruppo numeroso di studenti (ad es: infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, medici, psicologi...) e diviene necessario ideare ed utilizzare approcci e strategie didattiche diversificate per mantenere l'attenzione, stimolare la riflessione e la condivisione. Tra essi, oltre alle lezioni frontali, si possono utilizzare seminari, workshop, discussioni casi clinici e lavori di gruppo singoli e multiprofessionali; ne consegue che, per garantire

questa diversificazione, è necessario coinvolgere nelle attività didattiche un buon numero di docenti che rappresentino tutte le professioni coinvolte.

Nel dibattito internazionale sul tema dell'IPE vi è un comune accordo sull'importanza che gli studenti delle professioni sanitarie dovrebbero essere preparati alla pratica sperimentando una formazione interprofessionale (Van Diggele et al., 2020). Quale risultato di questa discussione, nei diversi contesti si possono osservare diverse esperienze di IPE, tuttavia, manca un modello comune supportato da una visione condivisa, una collaborazione a livello istituzionale e tra i soggetti coinvolti (Gonçalves et al., 2021) e, non da ultimo, sono scarsi i risultati di ricerche che verificano l'impatto di questo approccio nella formazione.

È a partire da queste premesse che presso la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, si è voluto condurre due diverse ricerche (Bianchi et al., 2019, 2021) sui programmi di educazione interprofessionale offerti a partire dal 2006. Infatti, a partire da quell'anno i tre corsi di laurea triennale in ambito sanitario (in infermieristica, in terapia occupazionale e in fisioterapia) si fondano sulla costruzione di un clima collaborativo che rafforza l'importanza del lavoro di gruppo, la pratica collaborativa e, di conseguenza, la continuità delle cure. Per quanto riguarda l'IPE, nell'ambito dei percorsi di formazione di base SUPSI, viene promossa durante i 6 semestri di formazione, in modo graduale, continuo e progressivamente più complesso. Effettivamente, dei 180 European Credit Transfer System (ECTS) previsti in ogni curriculum, 80 ECTS sono attribuiti ai moduli mono-professionali, 48 ECTS sono relativi ai quattro periodi di stage, mentre i restanti 45 ECTS sono assegnati a moduli comuni per le tre professioni sanitarie e costituiscono i setting di sviluppo dell'IPE.

Il primo studio condotto (Bianchi et al., 2019) ha voluto esplorare e comprendere i processi di preparazione alla collaborazione interprofessionale (IPC) messi in atto da tutor clinici e studenti, che appartenevano a diverse professioni e che (gli studenti) avevano frequentato un percorso formativo in cui avevano avuto esperienze di IPE.

Con il secondo (Bianchi, 2019), quello che si è deciso di approfondire in questo capitolo, si è voluto valutare l'impatto dell'IPE sulle attitudini degli

studenti verso il team interprofessionale e verso l'IPC; valutare la persistenza degli effetti dell'IPE nei due anni successivi alla formazione; analizzare il processo di apprendimento con cui l'IPC viene acquisita dagli studenti durante la formazione; comprendere la modifica dell'IPC una volta che la persona si confronta con il mondo del lavoro. La metodologia scelta per raggiungere gli obiettivi della ricerca è stata il Mixed Methods, definito come un metodo che combina la raccolta di dati quantitativi e qualitativi (Creswell, 2014). Nella prima fase è stata condotta un'indagine quantitativa per valutare le attitudini verso i team sanitari interprofessionali possedute dagli studenti e dagli ex-studenti (alumni) della SUPSI. In particolare: studenti del primo anno all'inizio della formazione; studenti del 3° anno alla fine della formazione; alumni dopo uno o due anni di pratica professionale. Nella seconda fase è stata condotta un'indagine qualitativa con interviste semi-strutturate a un campione significativo di partecipanti allo studio quantitativo, per approfondire quanto emerso dall'analisi dei dati della prima fase dello studio. I dati raccolti e analizzati nella seconda fase sono stati integrati con quelli della fase precedente permettendo di sviluppare una visione globale del fenomeno.

Nello specifico, per la parte quantitativa, agli studenti del primo anno è stato chiesto di compilare un questionario, *Attitudes toward Health Care Teams scale* (Curran, Sharpe, & Forristall, 2007), con lo scopo di individuare le attitudini e le conoscenze relative all'interprofessionalità prima della loro partecipazione alla formazione. Lo stesso questionario è stato somministrato agli studenti del 3° anno, in quanto si trovavano alla fine di un percorso formativo fortemente caratterizzato da IPE; e, successivamente agli alumni dopo 1 e dopo 2 anni dall'ingresso nel mondo del lavoro. Nella parte qualitativa, attraverso le interviste agli studenti del terzo anno, si è voluta approfondire l'esperienza vissuta durante il percorso di formazione e conoscere i fattori che hanno favorito/ostacolato l'apprendimento delle attitudini verso l'IPC. In contemporanea, sempre con interviste, sono stati raccolti i dati relativi agli alumni dopo 1 e 2 anni di pratica professionale per comprendere l'evoluzione delle attitudini all'IPC dopo l'ingresso nel mondo del lavoro: questo poiché la letteratura suggerisce che nel tempo l'atteggiamento nei confronti dell'IPC cambia (Makino et al., 2013).

L'analisi statistica dei dati quantitativi è stata effettuata utilizzando il software IBM SPSS Statistics 24. Sono state eseguite analisi descrittive per le caratteristiche socio-demografiche e le attitudini nei confronti dei team di cura interprofessionali. Sono state calcolate la media, la deviazione standard, la frequenza e la percentuale delle diverse variabili ed è stata condotta un'analisi inferenziale delle differenze tra le medie (con un livello di significatività a due facce del 5%) utilizzando il *test t di Student*.

Tutte le interviste e i focus group, condotti dopo aver ottenuto il consenso dei partecipanti, sono stati registrati e trascritti testualmente da due diversi ricercatori. I testi così ottenuti sono stati analizzati per gruppi e per temi seguendo le sei fasi descritte da Braun e Clarke (2006) e con il supporto del software per l'analisi qualitativa NVivo 12.

Se durante la prima e la seconda fase della ricerca sono stati raccolti e analizzati dati quantitativi e qualitativi, nella terza fase, sono stati integrati tutti dati raccolti attraverso un processo di triangolazione per produrre una matrice di codifica di convergenza (O'Cathain, Murphy, & Nicholl, 2010). Questo processo ha permesso di esaminare il livello di consenso tra i dati quantitativi e qualitativi e di rispondere in modo più completo alle domande di ricerca.

Risultati fase quantitativa

Il tasso di risposta al questionario è stato del 73,7% per gli studenti del primo anno, del 100% per gli studenti del terzo anno, del 60% alunni con un anno di esperienza e del 64% per gli alunni con due anni di esperienza. Sebbene i punteggi medi non differiscano molto tra gli studenti del primo e del terzo anno, le differenze sono significative per tutte le dimensioni dell'interprofessionalità. Lo stesso vale per i professionisti con uno o due anni di esperienza. Nonostante la convinzione che l'interprofessionalità abbia effetti positivi sia forte in tutti i casi, sembrerebbe che l'ingresso nel mondo del lavoro abbia un impatto negativo. Con il passare del tempo e con l'aumentare dell'esperienza l'effetto negativo tende a diminuire.

L'analisi individuale delle affermazioni, in risposta alle domande aperte, tende a confermare che il lavoro interprofessionale porti a decisioni

terapeutiche migliori; fornisca cure più efficaci; migliori la qualità dell'assistenza. Ad eccezione di coloro che hanno maturato un solo anno di esperienza professionale, oltre l'80% degli alunni ritiene che l'approccio interprofessionale sia efficace nel soddisfare le esigenze di familiari e pazienti; determini una migliore comprensione del lavoro reciproco e una migliore comunicazione attraverso le riunioni di équipe; sia un buon strumento per evitare errori nella somministrazione dei trattamenti e per preparare meglio i pazienti alla dimissione.

Risultati fase qualitativa

Sono state condotte un totale di 15 interviste agli studenti del terzo anno; 9 interviste con alunni dopo un anno di lavoro; 14 interviste con alunni dopo due anni di lavoro. I dati raccolti sono stati analizzati mantenendo la distinzione tra le 3 popolazioni del campione, basandosi sulla convinzione che ogni gruppo avrebbe potuto illustrare un momento specifico del percorso di formazione generale e di inserimento professionale. Gli studenti del 3° anno potevano dare informazioni sul percorso formativo teorico (in aula) e pratico (negli stage); gli alunni dopo un anno di lavoro potevano fornire informazioni sul percorso formativo nel suo complesso, sulle loro esperienze di stage e sulla loro esperienza di inserimento nel contesto professionale. Gli alunni dopo due anni di lavoro potevano descrivere la loro formazione con un certo distacco, riflettere su ciò che accade alla fine della formazione quando si entra nel mondo del lavoro ed anche sulla loro esperienza ed evoluzione nell'istituzione, una volta ultimato il processo di integrazione ed aver acquisito il proprio ruolo professionale.

L'analisi dei dati raccolti da ciascun gruppo ha permesso di individuare una serie di temi e sottotemi che hanno aiutato a cogliere il significato più profondo delle storie dei partecipanti. L'integrazione dei temi ha dato vita a un quadro che, con colori e sfumature diverse, ha permesso di rappresentare l'impatto di un'esperienza di formazione interprofessionale e di raggiungere gli obiettivi definiti nel protocollo di ricerca. Inoltre, l'analisi dei dati ha portato all'identificazione di dimensioni trasversali nelle narrazioni delle tre principali

popolazioni dello studio. Queste dimensioni trasversali sono rappresentate da: il concetto di IPC espresso dai partecipanti; il processo in cui i partecipanti sono coinvolti in relazione all'IPC; e le sfide di questo processo.

Rispetto al concetto di IPC espresso dai partecipanti è utile evidenziare la familiarizzazione con l'IPC riferita dagli studenti del terzo anno. Considerando che gli studenti si confrontano con l'IPC fin dal primo anno di formazione (in quanto hanno la necessità di relazionarsi con colleghi di altre discipline durante i moduli comuni), essi ritengono sia possibile affermare che, al termine del corso, hanno sviluppato una consapevolezza del tema e un proprio punto di vista. La dimensione principale emersa dalle parole dei partecipanti è stata proprio "familiarità" con l'IPC: riferiscono che attraverso un lungo processo di apprendimento (sviluppatosi nei tre anni di formazione) hanno preso coscienza del contenuto dell'IPC, del suo valore e delle sue difficoltà. A loro parere, questa consapevolezza sebbene ancora teorica, pone le basi per il loro futuro rapporto con l'IPC. Evidenziano anche che il loro percorso di apprendimento ha sperimentato alcune difficoltà legate all'aver vissuto e sperimentato in prima persona i problemi dell'IPC sia durante i moduli di formazione comune che durante gli stage. Nell'apprendere le basi dell'IPC, gli studenti hanno evidenziato l'importanza di alcuni approcci pedagogici, l'importanza di avere una buona comprensione della materia insegnata con l'IPC e di creare le condizioni per comprendere il lavoro dell'altro. Infine, hanno individuato un quale elemento favorevole per l'apprendimento la presenza di insegnanti convinti dell'importanza dell'IPC, motivati a co-progettare e co-gestire i differenti moduli, che esprimono stima per la loro professione e per quella dei colleghi, insegnanti che possano diventare un esempio di IPC per gli studenti.

Dall'analisi dei dati relativa agli alumni dopo un anno di lavoro emerge che, nel corso di tale periodo, rispetto al tema e al concetto di IPC vi è una sorta di "incubazione". Infatti, raccontano che terminata la formazione e fatto il proprio ingresso nel mondo del lavoro, il tema dell'IPC diviene centrale e marginale allo stesso tempo. Centrale, in quanto le conoscenze teoriche vengono messe alla prova dalla realtà professionale permettendo di far emergere analogie e discrepanze; marginale, perché la maggior parte dei loro sforzi vengono impiegati per comprendere il contesto in cui si trovano,

conoscere i valori e la cultura organizzativa, lavorare e inserirsi nel team. Anche se in tale fase l'IPC in un certo senso va in "incubazione", secondo loro in questo periodo accadono molte cose: è possibile approfondire ciò che si è appreso, rafforzare i concetti, misurare la distanza dalla realtà e rendersi conto delle necessità da affrontare.

Differenti sono i risultati evidenziati dall'analisi dei dati relativi agli alumni dopo due anni di lavoro: l'aspetto fondamentale emerso è il loro impegno nell'IPC. Infatti, dopo due anni di vita lavorativa, i partecipanti sembrano aver trovato il loro posto e la loro specificità nell'equipe e, poco a poco, si sono inseriti. Di conseguenza, è a questo punto che il concetto di IPC può "uscire" dalla sua fase di incubazione perché gli alumni hanno ora l'energia per dedicarsi ad esso, per implementarlo o per collaborare al suo sviluppo nei casi in cui esso sia già presente. È quindi a questo punto che essi rielaborano il concetto, lo fanno proprio e cercano di applicarlo in modo personalizzato responsabilizzandosi e agendo sui colleghi e sull'istituzione. Dopo due anni di integrazione professionale, essi sottolineano con forza nei loro racconti l'applicazione personalizzata delle conoscenze e delle competenze acquisite nel percorso formativo ma, seppure riconoscano l'importanza di aver frequentato una formazione che li ha resi familiari con l'IPC ritengono che sia stato necessario rivisitare il concetto, arricchendolo alla luce delle proprie esperienze e adattandolo al contesto in cui si trovano.

Per quanto riguarda i processi legati all'IPC è necessario considerare che, durante la formazione, il processo legato all'IPC in cui gli studenti sono coinvolti è quello di apprendimento. Durante i tre anni di corso, gli studenti fanno un'esperienza concreta di IPC, in particolare quando si trovano in classe con colleghi di diverse discipline; in questi momenti osservano e riflettono (osservazione riflessiva) sui diversi modi di approcciarsi al paziente, di fare una diagnosi e di attuare un trattamento; sviluppano concetti astratti (concettualizzazione astratta) per definire le ipotesi di intervento e pianificare un approccio interprofessionale mirato al caso specifico; sperimentano attivamente (sperimentazione) ciò che è stato teorizzato in relazione all'IPC; poi rivivono l'esperienza concreta dell'IPC in classe con i colleghi e insegnanti, reinvestendosi così nel processo di creazione della conoscenza.

Dopo un anno di lavoro, il processo principale in cui sono coinvolti gli alunni è il trasferimento del concetto di IPC nella realtà utilizzando schemi interpretativi da loro costruiti o rimodellati in modo da poter includere nuove esperienze/situazioni in ciò che è già stato vissuto.

È solo alla fine del secondo anno di lavoro che essi possono vedere la realtà di ciò che stanno vivendo e che possono individuare la conclusione di una parte importante del percorso. È possibile per loro giungere a questa conclusione perché non si tratta più dell'attività di un singolo individuo, ma di un vero e proprio apprendimento organizzativo: non è più l'individuo a dover agire, ma il gruppo di professionisti di cui egli fa parte e che rappresenta l'organizzazione. A quel punto, essi agiscono in modo tale che le conoscenze, le competenze e le esperienze dell'individuo possano diventare patrimonio dell'istituzione attraverso la definizione di valori, norme e strumenti che guidano l'azione collettiva. Ne consegue che, sentendosi responsabile della diffusione e dell'aggiornamento di un concetto importante come l'IPC, l'individuo possa determinare un cambiamento nell'organizzazione che potrà inquadrare questo modo di agire nel suo modus operandi.

Anche rispetto alle sfide in relazione all'IPC è necessario considerare tutto il percorso di studi: dall'inizio della formazione fino all'inserimento stabile nel mondo del lavoro. Durante tutto questo periodo, gli studenti SUPSI - e poi gli alunni - si trovano ad affrontare tutta una serie di sfide in relazione all'IPC. Queste sfide prendono forma in un determinato momento della traiettoria e cambiano con il progredire del percorso. Come per i due concetti precedenti, quindi, anche in questo caso c'è un'evoluzione nel tempo delle sfide che le persone devono affrontare. Per gli studenti del 3° anno la sfida principale in relazione all'IPC e al suo apprendimento è la costruzione della propria identità professionale. Gli studenti notano che durante la formazione una quantità considerevole di tempo viene assegnata alla costruzione di attitudini e competenze relative all'IPC e, a loro avviso, questo tempo è sottratto alla costruzione di una chiara e forte identità mono-professionale. In base alla loro interpretazione quindi la costruzione dell'IPC andrebbe a scapito della costruzione della propria identità professionale.

Per gli alumni dopo un anno la sfida principale è costruire il proprio posto nella nuova istituzione. Inesperienza, non conoscenza del contesto, delle procedure e delle regole, preoccupazioni per l'inserimento, preoccupazione per le competenze da dimostrare, costituiscono una serie di condizioni che fanno sì che il neoprofessionista abbia bisogno, in un primo momento, di concentrare le proprie azioni ed energie nella costruzione del proprio ruolo.

Per gli alumni dopo 2 anni la sfida principale è quella di costruire un'organizzazione conforme all'IPC. In concreto, la sfida è rappresentata dalla necessità di assumersi la responsabilità di agire sull'organizzazione per trasformarla, rendendola strutturalmente capace di offrire le condizioni per promuovere l'IPC nel suo modus operandi.

Integrazione dei risultati (quantitativi e qualitativi)

La lettura parallela e complementare dei risultati ha permesso di avere una visione globale dell'esperienza di IPE così come viene praticata in SUPSI. È possibile affermare che i risultati si confermano e si completano a vicenda. I dati quantitativi relativi agli studenti del primo anno mostrano che, a differenza dell'ipotesi iniziale in cui si pensava che essi ignorassero completamente il tema dell'IPC, il 60% di essi ha avuto almeno un'esperienza di stage di 6 mesi prima di entrare in SUPSI e, di conseguenza, erano già entrati in contatto con l'argomento. Pertanto, per comprendere l'impatto dell'IPE è stato necessario confrontare i dati quantitativi relativi agli studenti del 3° anno e agli alumni. In generale è emerso che, sebbene i punteggi medi non differiscano di molto tra i gruppi, si può osservare: come le differenze siano significative per tutte le dimensioni dell'interprofessionalità e che l'ingresso nel mondo del lavoro ha un impatto negativo che tende ad attenuarsi con l'esperienza.

A partire da questi risultati, il team di ricerca si è interrogato sulle ragioni che li determinano e, quando ha elaborato la griglia di domande per le interviste qualitative, ne ha inserite alcune per comprendere sia le dinamiche al momento di inserimento nel contesto professionale sia quelle che avvengono durante la fase successiva. È stato così possibile ottenere dati che hanno permesso di mettere in evidenza “la fase di incubazione”, che spiega

i risultati quantitativi per gli alunni dopo un anno, e la fase di “*engagement*”, che chiarisce l’aumento dei punteggi quantitativi per gli alunni dopo 2 anni. I risultati qualitativi hanno anche mostrato che il concetto di IPC è in continua evoluzione nel percorso formativo e in quello lavorativo così come si era potuto osservare nei dati quantitativi.

Nell’avviarsi verso le conclusioni, è necessario ricordare che lo scopo della ricerca presentata era di analizzare l’efficacia dell’IPE in un’esperienza concreta scelta per il carattere innovativo dovuto alla natura strutturata, continua e progressiva dell’IPE attraverso: un’analisi quantitativa per misurare gli atteggiamenti verso le équipes di cura interprofessionali, e un’analisi qualitativa per esplorare in modo completo l’esperienza dell’IPE.

L’analisi quantitativa e qualitativa di tutti i dati raccolti e la loro triangolazione hanno permesso di affermare che:

1. L’IPE ha un impatto significativo sull’atteggiamento degli studenti nei confronti dei team di cura interprofessionali.
2. L’effetto dell’IPE diminuisce per gli alunni dopo un anno di vita professionale, per poi aumentare nei mesi successivi, suggerendo che l’effetto non è stabile nel breve termine ma che, tuttavia, tale efficacia non sembra essere in discussione.
3. Gli effetti sull’IPC persistono anche dopo due anni dalla fine della formazione. Questa persistenza non segue però una linea continua e stabile: un anno dopo la formazione gli effetti dell’IPE sembrano svanire, anche se non si annullano e, in seguito, aumentano in modo significativo.
4. L’apprendimento dell’IPC avviene durante tutto il percorso formativo divenendo via via esplicito, impegnativo e talvolta delicato. Le condizioni per la sua efficacia sono l’inserimento degli studenti in situazioni con colleghi di altre discipline, l’impegno e la convinzione dei docenti, la disponibilità di risorse adeguate a gestire la complessità di questo tipo di apprendimento (spazio, numero di tutor, ecc.).
5. La maggiore preoccupazione degli studenti riguardo all’apprendimento dell’IPC è che essa possa andare a scapito della costruzione di una specifica identità professionale.

6. L'IPC, così come viene appresa, è un bagaglio di conoscenze, atteggiamenti, modalità di azione che cambiano nel tempo, a seconda del contesto professionale con cui le persone entrano in contatto (apertura dell'istituzione all'IPC, presenza/assenza di forme strutturate di IPC all'interno dell'istituzione, ecc.). Tuttavia, è chiaro che non è solo il contesto istituzionale a determinare la modifica delle attitudini all'IPC e la modalità con cui l'individuo vi si relaziona ma anche la situazione specifica della persona stessa (ad esempio, la prima esperienza professionale che richiede l'apprendimento del proprio ruolo, ecc.).

Quindi, è possibile affermare che questo studio ha evidenziato il grande potenziale dell'IPE per lo sviluppo dell'IPC nelle istituzioni sanitarie ed anche la complessità del processo con le numerose variabili che devono essere prese in considerazione.

Riferimenti bibliografici

Bianchi, M. et al. (2019). The point of view of undergraduate health students on interprofessional collaboration: a thematic analysis. *SAGE Open Nursing*;5:1-10. DOI: 10.1177/2377960819835735.

Bianchi, M. et al. (2019). Le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le domaine de la santé suisse: analyse de l'impact d'une expérience de formation interprofessionnelle en Suisse italienne. Rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), SUPSI, Manno.

Bianchi, M. et al. (2021). Tutor and student dyadic interactions in relation to Interprofessional education and clinical care: a constructivist grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*;77(2):922-933. doi.org/10.1111/jan.14643

Bianchi, M. et al. (2019). Le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le domaine de la santé suisse: analyse de l'impact d'une expérience de formation interprofessionnelle en Suisse italienne. Rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), SUPSI, Manno.

Boffo, V. (2017). Lifelong learning and higher education: to build professions for the future. *Pedagogia Oggi* 15(2).

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77-101.

Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. Sage edition.

Curran, V. R., Sharpe, D., & Forristall, J. (2007). Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Medical Education* 41(9):892–6.

Gonçalves, J. R. da S. N. et al. (2021). Impact of interprofessional education on the teaching and learning of higher education students: a systematic review. *Nurse Education in Practice* 56:103212. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103212>

Jadotte, Y. T., & Noel, K. (2021). Definitions and core competencies for interprofessional education in telehealth practice. *Clinics in Integrated Care* 6:100054. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2021.100054>

Makino, T. et al. (2013). Attitudes toward interprofessional healthcare teams: a comparison between undergraduate students and alumni. *Journal of Interprofessional Care* 27:261–268. doi:10.3109/13561820.2012.751901.

O’Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies *BMJ* 341:c4587.

Van Diggele, C. et al. (2020). Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Med Educ* 455. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>

WHO - World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html

COMPETENZE INTERPROFESSIONALI CHIAVE IN AMBITO SANITARIO E SOCIALE: DALLA DEFINIZIONE ALLA VALUTAZIONE

André Vyt ¹⁵

Il 5Keys model è un framework delle competenze interprofessionali che abbiamo sviluppato con il network Europeo EIPEN ; farò una panoramica di queste competenze per poi terminare con la domanda su come possiamo valutarle. Ma prima , una breve descrizione del contesto.

Possiamo immaginare alcuni pilastri chiave per la pratica collaborativa interprofessionale. In primo luogo, abbiamo bisogno di politiche e meccanismi a livello di paesi e regioni, da enti di assicurazione sanitaria, organizzazioni sanitarie, organismi professionali, ma anche agenzie governative a livello mondiale. Se i meccanismi finanziari supportano in modo primario la pratica individuale dei professionisti sanitari e trascurano i bisogni o le richieste di consultazione interprofessionale, allora la pratica interprofessionale non potrà svilupparsi.

Abbiamo anche bisogno di metodi e strumenti, come la matrice di cura condivisa per la pianificazione ed il follow-up interprofessionale. Ci sono strumenti disponibili sviluppati da da istituti educativi e di ricerca che sono importanti nel contesto della pratica e dell'educazione interprofessionale, come anche strumenti per valutare la qualità degli incontri di equipe.

Come terzo punto, abbiamo bisogno di framework a livello dei fattori e dei domini legati alla salute del paziente (come ICF - la Classificazione Internazionale del Funzionamento, disabilità e salute, sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), e framework che siano legati alle competenze dei professionisti sanitari. La mia presentazione si concentra su quest'ultimo aspetto.

Possiamo definire cinque aree di competenza che sono la chiave per la pratica interprofessionale, tre delle quali sono correlate agli aspetti clinici della pratica. Gli operatori sanitari si consultano e collaborano insieme. Pianificano

15 Traduzione a cura di Chiara Cosentino

e gestiscono non solo l'assistenza sanitaria per i pazienti, ma anche per gruppi di pazienti e persino progetti nell'ambito della gestione sanitaria. Inoltre indirizzano e trasferiscono pazienti e clienti ad altri operatori sanitari. Ma a parte queste tre principali aree di competenza clinica, abbiamo anche due aree che potremmo definire a livello meta.

Queste sono le aree che difficilmente si trovano in altri modelli di competenza.

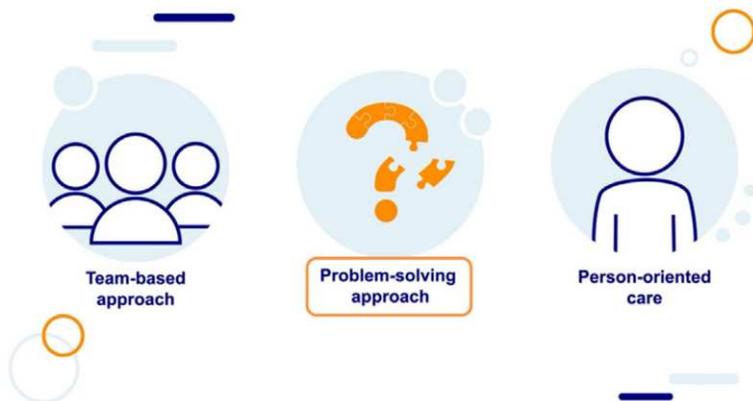
EIPEN 5KEY competences



Questa è una caratteristica del modello di competenze EIPEN che abbiamo sviluppato in Europa. Riguarda la riflessione e la valutazione e anche la gestione di problemi e opportunità in questo contesto. Quindi non si tratta solo di “come lavoriamo insieme », ma anche di « come riflettiamo e valutiamo la pratica attuale e come ci assicuriamo di poterla migliorare”.

Il principio di base del modello è focalizzato su un approccio basato sul team e sull'assistenza orientata alla persona. Ma nel mezzo c'è l'aspetto molto importante dell'approccio basato sul problem-solving in cui il paziente o il cliente collabora con altri operatori sanitari e professionisti per risolvere il problema che ha. E il problema è una condizione, una malattia, una disabilità, una condizione che richiede un intervento.

Basic principles



La caratteristica principale del modello che abbiamo sviluppato è quella di avere la capacità di essere utilizzato efficacemente nella pratica. Sono stati sviluppati modelli molto complessi e molto elaborati ed è bello avere tali modelli nei corsi di studio, ma vogliamo assicurarci di avere un modello che possa essere utilizzato non solo nell'insegnamento e nella formazione, ma anche nel continuo sviluppo professionale .

Ovviamente deve essere concettualmente coerente ed educativamente solido, ma era necessario disporre di un modello adattabile a diversi contesti e impostazioni degli operatori sanitari e che includesse aspetti di garanzia e miglioramento della qualità e che potesse essere utilizzato per l'autovalutazione e valutazione basata sul team. Quindi un modello pratico da utilizzare, ad esempio, per profilare corsi di studio, insegnamenti, ma anche professioni sanitarie, praticamente utilizzato per la valutazione, il benchmarking e la crescita.

Una panoramica della descrizione di tali aree di competenza si può trovare in una brochure che abbiamo sviluppato, disponibile al download.

Questa include delle schede di valutazione su una scala a cinque punti (da non presente o acquisito a completamente acquisito o presente). Le schede di valutazione sono disponibili in diverse lingue, e sono aperte alla traduzione in altre lingue. Se network regionali o altre istituzioni fossero interessate nella collaborazione su questa parte, possono segnalarlo ad EIPEN e collaborare

sulla creazione di una versione in una lingua supplementare. Questo è stato fatto di recente, ad esempio, per la versione Finlandese, online in tre settimane.

Si include un esempio di scheda di valutazione. E' su una pagina recto/verso con un totale di 30 indicatori comportamentali. Quindi molto pratico da usare e molto facile da maneggiare.

Behavioural indicators of key competences for interprofessional practice Part 1		Master of Health Sciences	Healthcare professional	Healthcare professional in a broad range of health care settings	Healthcare professional in a specific health care setting	Healthcare professional in a specific health care setting
CONSULT & COLLABORATE	1. Initiate and use a common language and understanding, as a basis in the process of collaboration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Develop, implement and improve a common knowledge base and a common framework for collaboration where it is inadequate or not existing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Act supportively towards other professionals as partners, to establish constructive mutual working relationships.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAN & ENACT	4. Bring to own expertise (roles and responsibilities) when desired or required, and agree this to the client, the context, and other available expertise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Recognize, consider, respect and use competences and perspectives of other professions, seeking for – and provide – clarity in roles and responsibilities in a collaborative setting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Stimulate (other) professionals to using relevant professional expertise of others, and facilitate this where possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMPLEMENT & EVALUATE	7. Identify important information and unmet needs in clients from a broad interprofessional perspective.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Select and use adequate tools and techniques to support the process of interprofessional consulting and collaboration, and to enhance team functioning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Actively provide relevant information to the client and to other professionals, in an understandable way, to promote participation (and discussion) in decision-making.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Formulate, together with client and other professionals, interprofessional goals for health and well-being of persons, and for health care activities and services provision in the broadest sense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Participate actively in shared decision-making, making sure that professionals and clients (and social network key persons) understand and agree on the decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Include professional expertise of relevant other professionals, e.g., in developing and optimizing a shared care plan and in health care activities in the broadest sense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Identify and call upon missing information and required expertise (that is not readily at hand).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Collaborate effectively with clients and social network members in developing and optimizing action planning, in health care activities and services provision in the broadest sense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Place the interest and benefits of clients in the focus of health care planning and related activities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Select and use adequate tools and techniques to support and facilitate interprofessional planning of health care activities and service provision in the broadest sense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behavioural indicators of key competences for interprofessional practice Part 2		Master of Health Sciences	Healthcare professional	Healthcare professional in a broad range of health care settings	Healthcare professional in a specific health care setting	Healthcare professional in a specific health care setting
EVALUATE & IMPROVE	17. Provide relevant and necessary information during hand-overs and referrals, both from a personal and from a team perspective.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Use appropriate tools to share information with other teams or services, with requests for gateway of the client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Refer clients to health care professionals and service providers based on treatment goals, expertise of professionals, and (immet) needs of clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUATE & IMPROVE	20. Use a language level and style that is understandable to clients, social network key persons, and other professionals when referring.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Enable an effective use of available expertise in diverse areas of health care services and different professionals, empowering clients to use the available expertise, facilities and services.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Adapt the interprofessional team, methods, tools, and team actions to the evolution in client needs and goals, across and between settings and services.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUATE & IMPROVE	23. Identify and articulate structural and process-based issues, problems, risks, obstacles, barriers, and possible pitfalls in collaborative action.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Identify and articulate conflicts and differences in opinion in developing and practicing collaborative care, in health care activities and services provision in the broadest sense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Openly discuss and improve value-based decision-making and situations of moral distress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26. Identify and use opportunities and levers to develop, deploy and implement collaborative practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUATE & IMPROVE	27. Evaluate the conditions and processes of interprofessional care and service provision, from planning to follow-up and achievement of goals, together with the client and key persons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28. Evaluate and critically reflect on interprofessional communication on the basis of appropriate tools and criteria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29. Evaluate and critically reflect on outcome-based effectiveness and efficiency of interprofessional collaboration on the basis of relevant criteria, including goal-setting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. Adjust and eventually improve aspects based on the evaluation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identification and/or date:
Remarks:

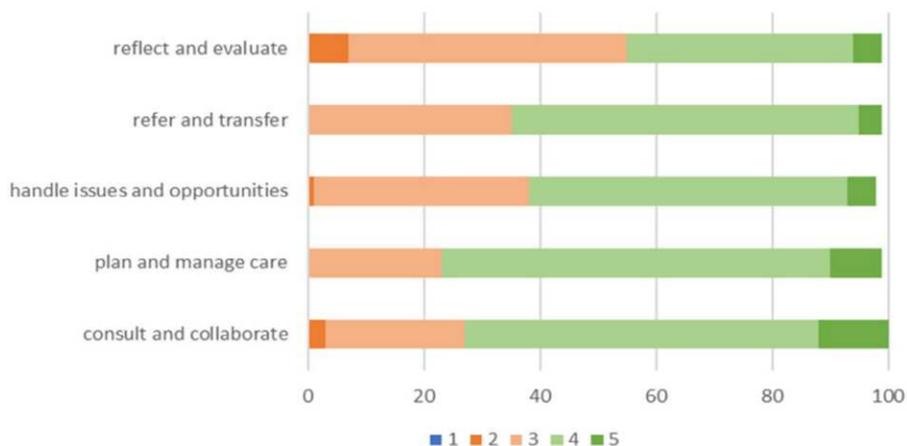
Ogni area di competenza contiene fino ad 8 indicatori comportamentali. Ad esempio, nell'area della consulenza e collaborazione interprofessionale, uno studente o un operatore sanitario dovrebbe essere in grado di selezionare e utilizzare strumenti e tecniche adeguati per supportare il processo di consulenza e collaborazione interprofessionale e per migliorare il funzionamento del team nell'area della pianificazione e gestione interprofessionale. Un operatore sanitario dovrebbe essere in grado di formulare, insieme agli utenti e ad altri professionisti, obiettivi interprofessionali per la salute e il benessere delle persone e per l'erogazione di attività e servizi sanitari in senso lato.

Questi sono solo alcuni esempi di strumenti.

Abbiamo applicato questo in una serie di programmi di studio. Ad esempio, le autovalutazioni degli studenti dei master di riabilitazione evidenziano che il 10% degli studenti afferma di sentirsi completamente competente nell'area della collaborazione e consulenza interprofessionale

(basato sul punteggio medio per item dell'area), mentre un quarto degli studenti sente di non aver acquisito questa competenza. La maggior parte degli studenti si sente competente nella pianificazione e gestione della cura, e questa è esattamente la competenza chiave su cui era focalizzata l'unità del corso in quel programma di studi. Più della metà degli studenti si sente a proprio agio nel trasferimento e nell'invio (di pazienti e informazioni) e nella gestione di problemi ed opportunità, ma la maggior parte degli studenti non si sente sufficientemente competente nella riflessione e valutazione degli aspetti interprofessionali della pratica.

Self-assessment in master students

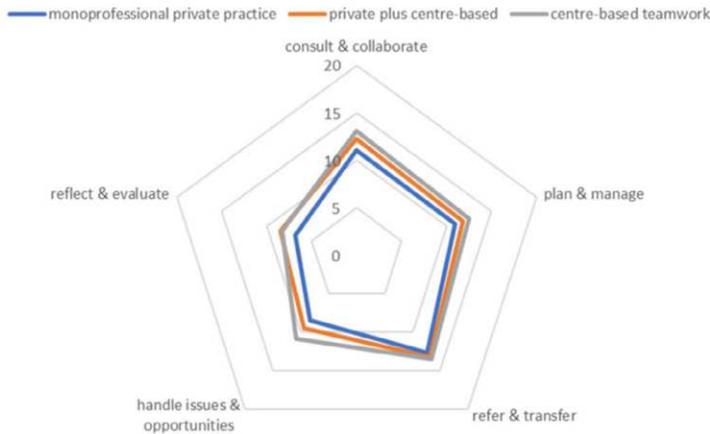


Quando guardiamo al profilo dei professionisti della riabilitazione in base al contesto in cui lavorano, vediamo che nelle aree delle competenze cliniche hanno davvero un livello moderato di acquisizione di competenze (i punteggi qui presenti sono mostrati in base ad una scala estrapolata con un punteggio massimo di 20).

E' da sottolineare che le meta-competenze (le competenze di riflessione, valutazione e gestione di problemi e opportunità) siano in ritardo. I professionisti potrebbero trovarsi a lavorare in contesti che possono restringere l'adattamento ai bisogni interprofessionali, e i professionisti potrebbero avere delle capacità di base nella valutazione e riflessione ed essere carenti rispetto ai criteri specifici per valutare gli aspetti interprofessionali

della cura, o potrebbero non avere il tempo di sviluppare ed usare questa competenza in pratica.

Rehabilitation professionals according to setting



Un quadro simile emerge se dividiamo gli operatori sanitari in base alla loro esperienza professionale. Anche gli operatori sanitari con più di cinque anni di esperienza in genere non (o scarsamente) applicano una riflessione o valutazione sistematica sui temi della collaborazione interprofessionale, per mancanza di capacità o a causa di restrizioni esistenti che rendono impossibile applicarle o svilupparle. Anche se queste competenze si sviluppano negli studenti, il contesto della realtà non è adeguato alle esigenze di collaborazione interprofessionale.

Se non viene applicata una competenza, può essere persa nel tempo. Quindi questo dimostra che non solo le competenze cliniche devono essere rinnovate o rinforzate nel tempo, ma anche le meta competenze.

Le informazioni riguardanti le competenze sono disponibili sul sito Web di EIPEN.

E' in corso di pianificazione un rollout Europeo per stimolare le organizzazioni e i network ad includere queste competenze nei framework di accreditamento esistenti, nei grafici delle competenze e anche nei framework per l'assicurazione della qualità per l'organizzazione sanitaria.

La valutazione delle competenze interprofessionali, come definite dal 5Keys model di EIPEN è integrata nell'IPEQS, la Interprofessional Practice

and Education Quality Scale (Vyt, 2023). Con queste scale è possibile valutare la qualità interprofesioale sia nella pratica educativa che la pratica clinica a livello di organizzazione, team o membri del team.

E per questo è stata adottata una metodologia specifica utilizzata nel toolbox PROSE per la sicurezza della qualità (www.prose.eu). Le persone preparano una valutazione, rispondono agli item, quindi discutono e traggono conclusioni in termini di follow-up e miglioramento. E' una metodologia in cui l'autovalutazione basata sul team è davvero al centro. L'output dello strumento di valutazione fornisce un indice di efficacia e performance. Quindi l'efficacia si basa sul numero di elementi su cui viene ottenuto almeno un livello sufficiente, mentre l'indice di performance ci offre una visione più precisa della qualità di tale competenza (Vyt, 2023).



Effectiveness and Performance index



Riferimenti bibliografici

Vyt, A. (2023). The Interprofessional Practice and Education Quality Scales (IPEQS). Gompel&Svacina.

SIMULARE LE INTERPROFESSIONALITA'

Federico Monaco

Gli aspetti interprofessionali del settore sanitario fanno riferimento alla collaborazione di operatori sanitari e altri professionisti di diverse discipline, che lavorano insieme per fornire principalmente cura e assistenza completa e coordinata ai pazienti. Nel 2001, l'Istituto di Medicina (IOM) (2001) ha considerato che l'educazione interprofessionale (IPE) fosse adottata dalla comunità didattica delle professioni sanitarie come approccio per formare i futuri professionisti alla pratica in team. Nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (WHO, 2010). e si sta andando sempre di più verso l'adozione dell'interprofessionalità nei curricula (Pirani et al., 2020). Lavorare in team infatti non è cosa scontata, ciò va appreso come conoscenza tacita e come cultura (Wenger, 2006). Come per altre forme di formazione interprofessionale la progettazione nel contesto curriculare rimane centrale (Pirani et al., 2020) per un suo pieno successo e legittimazione.

Imparando a conoscersi, sperimentando e provando insieme, gli operatori sanitari possono migliorare l'efficienza e l'efficacia dei team per l'erogazione dei servizi sanitari, aumentando la sicurezza del paziente e riducendo il rischio di errori, oltre che dei costi sociali.

Per raggiungere questo obiettivo, la formazione risulta essere fondamentale e la simulazione per metodi e tecniche ne rappresenta una modalità efficace (Ferri et al., 2018) per incrementare la collaborazione e la qualità per team interprofessionali.

La simulazione può risultare anche vincente per raggiungere un coordinamento e sincronizzare le diverse pratiche al fine di creare un contesto collaborativo e performante. E' curioso come il concetto di performance si contorni nella simulazione con gli altri concetti di teatro, scenario, regia, attore e altri, quasi a rimarcare come la simulazione sia più un'arte che una tecnica,

una esperienza di vita per il suo potere di agire direttamente sul senso del comportamento nel contesto e di interazione con gli altri.

A livello infrastrutturale e funzionale, formare con la simulazione comporta un massiccio e preciso lavoro di preparazione per la creazione di scenari realistici che simulino situazioni di vita reale che gli operatori sanitari potrebbero incontrare. Anche il ruolo di tecnici e esperti della simulazione si sta affermando e ciò vale anche nella collaborazione interprofessionale come valore aggiunto nell'ampliare gli attori coinvolti (Lowther, & Armstrong, 2023). Un approccio sociomateriale che tenga conto di ciò che avviene materialmente nelle relazioni permette di identificare ed esplicitare oggetti e ruoli invisibili e considerati non critici nel percorso di cura (Bergey, Goldsack, & Robinson, 2019). A partire da situazioni e condizioni simulate la comunicazione e collaborazione può riconfigurare e migliorare il contesto organizzativo, le capacità del team e gli obiettivi stessi. Può essere perciò utile parlare di interprofessionalità al plurale come precipitato culturale (Wei et al., 2020) da cui partire per interpretare standard e criticità secondo il senso di appartenenza e di costellazione di valori condivisibili. Per questo anche l'ergonomia e i fattori umani intersoggettivi per aumentare la sicurezza del paziente vanno considerati (Carayon, Xie, & Kianfar, 2014).

Nello specifico, a cosa serve la simulazione? Principalmente, la simulazione permette di lavorare su errori e incomprensioni per prevenire il rischio e gestire l'impatto delle informazioni e eventi su un sistema complesso come è la cura. Soprattutto, dopo la pandemia la performance del personale sanitario diventa ancora più fondamentale e rappresentativa del sistema sanitario e va pertanto sostenuta fin nei minimi dettagli (Karsh et al., 2006).

La simulazione in ambito sanitario si suddivide in diverse attività e tecniche e rispetto all'innovazione degli ultimi anni e alla convergenza con il digitale si suddivide in simulazione fisica e virtuale; in verità negli artefatti utilizzati e nelle metodologie si tende però sempre di più a integrare fisico e virtuale, presenza e online. Anche la simulazione online nel settore sanitario sta diventando sempre più popolare e offre molti degli stessi vantaggi della simulazione fisica. La formazione di simulazione online, d'altra parte, offre agli operatori sanitari l'opportunità di partecipare a esercizi di simulazione dal

proprio computer o dispositivo e fornire un'opzione conveniente e flessibile per l'istruzione e la formazione interprofessionale. Uno dei principali vantaggi della simulazione online è che consente agli operatori sanitari di esercitarsi a lavorare insieme in un team, indipendentemente dal luogo in cui si trovano.

Porteremo ora all'attenzione di chi legge tre ambiti interprofessionali in cui possano essere applicate pratiche formative in simulazione: il contesto chirurgico, quello assistenziale e quello dell'emergenza.

Le simulazioni interprofessionali in ambito chirurgico possono essere condotte attraverso vari metodi, tra cui:

1. Simulazione paziente standard: comporta l'uso di attori o pazienti standardizzati per simulare scenari chirurgici reali. Gli operatori sanitari lavorano insieme per diagnosticare e curare il paziente e mettere in pratica le loro capacità di comunicazione e collaborazione interprofessionale (Greenberg, 2007).
2. Simulazione di manichini ad alta fedeltà: questo metodo prevede l'uso di manichini realistici ad alta tecnologia per simulare pazienti chirurgici. I manichini possono imitare i sintomi della vita reale, consentendo agli operatori sanitari di esercitare le proprie capacità cliniche e lavorare insieme come una squadra per prendere decisioni e fornire assistenza.
3. Simulazione della realtà virtuale: questo tipo di simulazione utilizza la tecnologia della realtà virtuale per creare un ambiente realistico e interattivo per le simulazioni chirurgiche.
4. Simulazione dell'addestramento del compito: questo metodo si concentra sui compiti e sulle procedure specifici coinvolti in un contesto chirurgico. Gli operatori sanitari lavorano insieme per completare un compito, come preparare un paziente per un intervento chirurgico, o gestire una complicanza postoperatoria.

Indipendentemente dal metodo utilizzato, le simulazioni interprofessionali in un contesto chirurgico offrono una preziosa opportunità per gli operatori sanitari di esercitarsi a lavorare insieme come una squadra, sviluppare le loro capacità di comunicazione e collaborazione interprofessionali e migliorare le loro prestazioni complessive in sala operatoria e nel teatro

chirurgico (Allard et al., 2020). Partecipando a regolari simulazioni interprofessionali, gli operatori sanitari possono assicurarsi di essere preparati a lavorare in modo efficace ed efficiente in scenari chirurgici fedeli alla realtà e fornire quindi la migliore assistenza possibile al paziente.

Per quanto riguarda invece simulazioni interprofessionali in ambito assistenziale si possono avere:

1. Gestione delle emergenze mediche acute: ad esempio, le simulazioni possono coinvolgere scenari come arresto cardiaco, ictus o sepsi e gli operatori sanitari possono esercitarsi a lavorare insieme per diagnosticare, trattare e gestire l'emergenza.
2. Gestione delle condizioni mediche croniche: ad esempio, le simulazioni possono coinvolgere scenari come il diabete, l'insufficienza cardiaca o la broncopneumopatia cronica ostruttiva.
3. Cure di fine vita: le simulazioni possono coinvolgere scenari come la gestione dei sintomi nei malati terminali, la comunicazione con i membri della famiglia sulle opzioni di cure di fine vita e il lavoro con team interdisciplinari per fornire cure palliative.
4. Coordinamento delle transizioni assistenziali: le simulazioni possono coinvolgere scenari come il trasferimento di pazienti dal pronto soccorso all'unità di degenza, o dall'unità di degenza alla riabilitazione o all'assistenza domiciliare.
5. Casi di pazienti complessi: ad esempio, le simulazioni possono coinvolgere scenari come pazienti con più condizioni croniche, comorbidità e determinanti sociali della salute.

La simulazione in questo ambito permette di gestire la formazione e l'analisi di errori con il coordinamento del personale sanitario (Zhang et al., 2018) con effetti anche sul lungo periodo (Graybill et al., 2017).

Le simulazioni di collaborazione interprofessionale in caso di emergenza possono aiutare gli operatori sanitari a prepararsi a scenari critici e di disastro della vita reale, offrendo opportunità per esercitarsi a lavorare insieme come una squadra e migliorare le capacità di comunicazione e collaborazione interprofessionale. Queste simulazioni possono essere condotte attraverso vari metodi, tra cui:

1. Simulazione basata su scenari: questo tipo di simulazione coinvolge uno scenario realistico, come un disastro naturale, un incidente con vittime di massa o una pandemia, e gli operatori sanitari lavorano insieme come una squadra per rispondere all'emergenza.
2. Esercitazione da tavolo: questo tipo di simulazione prevede una discussione strutturata e un processo decisionale, in cui gli operatori sanitari lavorano insieme per pianificare e prepararsi a un potenziale scenario di disastro.
3. Esercitazione su vasta scala: questo tipo di simulazione prevede uno scenario di disastro simulato su vasta scala, con più agenzie e operatori sanitari che partecipano a una risposta coordinata.

Da tutti questi esempi si capisce quanto importante possa essere l'apporto interprofessionale della simulazione e quanto l'efficienza e efficacia delle cure debba essere un fatto condiviso e continuo.

Inoltre, le simulazioni sono importanti in quanto permettono anche l'esplicitazione delle negoziazioni tra professioni (Strauss et al., 1963) e la costruzione ponderata e consapevole dei ruoli all'interno di team interprofessionali (MacNaughton, Chreim, & Bourgeault, 2013).

L'innovazione tecnologica presente sia nell'interprofessionalità che nella formazione in simulazione rappresenta l'occasione per riflettere anche sul ruolo dei sistemi e degli strumenti sempre più sofisticati e precisi che supportano le professioni coinvolte. A tale proposito è necessario distinguere ciò che avviene nei contesti professionali/performativi ad alto rischio in fattori tecnici (technical factors) e fattori umani (human factors). Sui fattori tecnici come la programmazione e gestione di macchinari o l'uso di strumenti non ci soffermiamo qui, mentre per quanto concerne i fattori umani oggetto di analisi e messa alla prova durante le simulazioni vale la pena di affrontare il discorso perché ampio e interessante (Abildgren et al., 2022).

A partire dagli studi sui sistemi sociotecnici (Trist, 1981) (soprattutto a cura del britannico Tavistock Institute) nei contesti organizzativi, il rapporto uomo macchina e la collaborazione tra esperti e sistemi esperti apre scenari di competenza professionale e di simulazione in cui non sono solo coinvolte le performance di individui, ma anche delle macchine ed analizzare possibili

scenari ed equilibri all'interno di culture organizzative dove vengono introdotte le tecnologie. Concepire un sistema come sociotecnico permise fin dagli anni 50', quindi prima dell'avvento del digitale, di porsi il problema di come integrare persone e artefatti per il raggiungimento di obiettivi (Trist, Bamforth, 1951). Al tempo stesso l'interazione tra persone nei diversi contesti veniva studiata (Heider, 1958) per favorire contesti più collaborativi e dinamici. Possiamo riassumere quanto sopra in due discorsi che riguardano la simulazione sulla comunicazione e collaborazione interprofessionale: il primo su come la gestione controllata dei processi come problemi ingegneristici da risolvere vengano suddivisi in fattori tecnici e fattori umani; il secondo su come l'analisi degli aspetti interprofessionali critici, nonché l'introduzione di nuove tecnologie debba essere integrata anche attraverso la simulazione nella formazione.

Nel training in aviazione – da cui deriva la metodologia su cui si fonda la simulazione sanitaria – per formare i piloti inerenti la gestione di complessità e responsabilità, sono state coinvolte via via altre figure presenti a bordo e poi a terra, fino a considerare l'interazione tra più ruoli e la complessità di più eventi avversi nota come CRM. Chiamato prima Cockpit Resource Management, ovvero la gestione consapevole e a prova d'errore del quadro comandi da parte dei soli piloti, poi Crew Resource Management, riguardante tutto l'equipaggio, quindi Crisis Resource Management che comprende tutta l'organizzazione e infrastruttura che gestisce il volo per garantire la sicurezza e ridurre il rischio. L'incidente di Tenerife nel 1977 in cui perirono 583 persone a bordo di due Boeing 747 per una serie di errori e disattenzioni di piloti, ingegneri e personale della torre di controllo è l'evento che ha decretato l'ampliamento della simulazione a più professioni. Questo incidente spesso menzionato nei corsi CRM rappresentò un salto di paradigma nella sicurezza e nella simulazione in aviazione. La lezione di Tenerife chiarì che nulla deve essere lasciato al caso e alla fallacia interpretativa tra professioni diverse, e che comunicazione e collaborazione sono elementi fondamentali e imprescindibili della sicurezza e della riduzione del rischio. Pertanto, per CRM intendiamo oggi l'allineamento performativo di diversi attori e professioni che devono imparare a cooperare per ridurre le cause di errori in base a modelli e statistiche disponibili sugli incidenti. E' nota la rappresentazione di James Reason (1990) della catena di

eventi avversi in un'organizzazione che aumenta inconsapevolmente i rischi portando a errori a volte fatali chiamato Swiss cheese model (Perneger, 2005). Il CRM rappresenta comunque solo un aspetto delle NTS (Non Technical Skills) utilizzate nella simulazione e si possono nominare il Situation Awareness, il Decision Making, la Comunicazione, la Leadership o Supervisione, il Teamwork, e la Consapevolezza dei fattori che influenzano la performance (Performance Influencing Factors o PIFs) come lo stress e la fatigue (a volte chiamati Performance Shaping Factors) (Institute of Medicine, 2000).

Quanto avvenuto con l'introduzione della simulazione prima nella pratica anestesologica grazie soprattutto a David Gaba (2004), quindi estesi alla chirurgia e all'emergenza, fino al care e al coinvolgimento di tutte le figure professionali attorno al paziente non può non considerare l'impatto della simulazione per le NTS nella comprensione attenta delle procedure e delle situazioni a rischio con un approccio team-based learning.¹⁶

In conclusione, il lavoro interprofessionale in ambito sanitario è fondamentale per fornire la migliore assistenza possibile al paziente e richiede un'efficace comunicazione e collaborazione tra gli operatori sanitari. La simulazione in contesti sia fisici che online offre una preziosa opportunità per gli operatori sanitari di esercitarsi a lavorare insieme, sviluppare le competenze necessarie per un lavoro interprofessionale efficace e per identificare le aree di miglioramento. Man mano che la tecnologia continua ad evolversi e l'assistenza sanitaria diventa più complessa e diversificata, la necessità di un'efficace istruzione e formazione interprofessionale diventa sempre più importante e la simulazione può svolgere un ruolo chiave nell'aiutare gli operatori sanitari ad affrontare questa sfida. Adottare approcci narrativi per esplicitare attraverso folkways, o modi intuitivi e immediati l'agire delle buone pratiche (Hutto, 2008) imitabili durante le simulazioni permette sicuramente di crescere come professionisti e aumentare anche la qualità della propria vita professionale. Purtroppo, le diverse culture professionali costituiscono delle barriere all'interprofessionalità (Hall, 2005) e i diversi punti di vista portano a difficoltà di comunicazione e collaborazione (Cook, Woods, & Miller, 1998). Per questo è necessario il coinvolgimento e la partecipazione di tutte le figure della cura

16 https://macyfoundation.org/assets/reports/publications/team-based_competencies.pdf

anche alla progettazione partecipata e condivisa tra diversi professionisti (Martini et al., 2019) sia delle pratiche da simulare sia degli strumenti via via introdotti. Inoltre, anche l'integrazione della simulazione con altre forme di group awareness come Focus group (Bristowe et al., 2012), l'inclusione dei caregivers (Mazane et al., 2021), o conferenze con esperienze di simulazione (Gable & Ahmed, 2017) possono risultare vantaggiose.

Riferimenti bibliografici

Abildgren, L. et al. (2022). The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: a systematic review. *Adv Simul*; 7:12. <https://doi.org/10.1186/s41077-022-00207-2>

Allard, M. A. et al. (2020). Learning non-technical skills in surgery, *Journal of Visceral Surgery* 157(Sup 2):S131-S136. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.03.001>.

Bergey, M. R., Goldsack, J. C., & Robinson, E. J. (2019) Invisible work and changing roles: Health information technology implementation and reorganization of work practices for the inpatient nursing team. *Social science & medicine*; (1982);235:112387. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112387>

Bristowe, K. (2012). Teamwork for clinical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. *Qualitative health research* 22(10):1383–94. <https://doi.org/10.1177/1049732312451874>

Carayon, P., Xie, A., & Kianfar, S. (2014). Human factors and ergonomics as a patient safety practice *BMJ Quality & Safety* 23:196-205.

Cook, R., Woods, D., & Miller, C. (1998). A tale of two stories: contrasting views of patient safety. Chicago: National Patient Safety Foundation.

Ferri, P. et al. (2018). The efficacy of interprofessional simulation in improving collaborative attitude between nursing students and residents in medicine. A study protocol for a randomised controlled trial. *Acta Biomedica : Atenei Parmensis* 89(7-S):32–40. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7875>

Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality & safety in health care*, 13 Suppl 1(Suppl 1), i2–i10. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i2

Gable, B., & Ahmed, R. (2017). Simulation-based interprofessional conference: a focus on patient handoffs and critical communication. *BMJ simulation & technology enhanced learning* 5(3):178–9. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2017-000260>

Graybill, E. (2017). Using the critical incident technique to measure long-term outcomes of interprofessional education. *Journal of interprofessional care* 31(4):533–536. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1307172>

Greenberg, C. C. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons* 204(4):533–540. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.01.010>

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*;19(Sup1):188-196.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*, New York: Wiley.

Hutto, D. (2008). *Folk-psychological narratives, the sociocultural basis of understanding reasons*, Cambridge, MA: MIT Press. 2008.

Institute of Medicine (US). (2001). *Committee on quality of health care in america. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press (US). 2001.

Josiah Macy Jr Foundation. (2011, February 16-17). *Team-based competencies: Building a shared foundation for education and clinical practice [Conference Proceedings]*. Washington, D.C. <https://macyfoundation.org/publications/team-based-competencies-building-a-shared-foundation-for-education-and-clin>

Karsh, B. et al. (2006). A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. *BMJ Quality & Safety* 15:i59-i65.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *Institute of Medicine (US). Committee on quality of health care in America, To Err is human: building a safer health system*. National Academies Press.

Lowther, M., & Armstrong, B. (2023). Roles and responsibilities of a simulation technician. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558949/>

MacNaughton, K., Chreim, S., & Bourgeault, I. L. (2013). Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 13:486. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-486>

Martini, N. (2019). Designing and evaluating a virtual patient simulation—The journey from uniprofessional to interprofessional learning. *Information* 10(1):28. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/info1001002>

Mazanec, S. R., Blackstone, E., & Daly, B. J. (2021). Building family caregiver skills using a simulation-based intervention for care of patients with cancer: protocol for a randomized controlled trial. *BMC nursing* 20(1):93. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00612-4>

Perneger T. V. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?. *BMC health services research*, 5, 71. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-71>

Pirani, N. et al. (2020). The positive impact of intentional curricular design on interprofessional learning. In: Waldman, S. D. (Eds). *Building a Patient-Centered Interprofessional Education Program*. Chapter 4. Hershey, PA: Information Resources Management Association. DOI: 10.4018/978-1-7998-3066-5.ch004.

Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.

Strauss, A. et al. (1963). The hospital and its negotiated order. In: Freidson, E. (Ed.). *The hospital in modern society*. New York: Free Press, p. 147–69.

Trist, E. (1981). *The evolution of socio-technical systems a conceptual framework and an action research program*. Ontario: Min. of Labour.

Trist, E. L., & Bamforth, K. W. (1951). Some social and psychological consequences of the longwall method of coal-getting: an examination of the psychological situation and defences of a work group in relation to the social structure and technological content of the work system. *Human relations*;4(1):3-38.

Wei, H. et al. (2020). A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care* 34(3):324–331. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1641476>

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

World Health Organization. Human Resources for Health. Health Professions Networks - Nursing & Midwifery (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization, Department of Human Resources for Health. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.

Zhang, C. (2018). A systematic literature review of simulation models for non-technical skill training in healthcare logistics. *Advances in simulation (London, England)*;3:15. <https://doi.org/10.1186/s41077-018-0072-7>

L'ARCHITETTURA DEI "LUOGHI E CENTRI DI SALUTE COMUNITARIA" ¹⁷

Carlo Quintelli

L'epidemia di Sars-CoV-2 ha investito e spesso fatto emergere le contraddizioni e le fragilità dei fenomeni sociali, economici e culturali della popolazione ma anche l'esigenza di nuovi modelli di spazi per l'abitare e per le attrezzature urbane di servizio pubblico a partire da quelle sanitarie. Se quindi da una parte il tema dell'abitare dovrà concentrarsi su soluzioni capaci di interpretare tipologicamente la versatilità dell'alloggio di fronte all'emergenza pandemica e non solo, dall'altra si tratta di individuare tipologie innovative di strutture per servizi sanitari e sociali pubblici di presidio territoriale (Quintelli et al., 2020). Servizi basati sulla sinergia prestazionale a carattere multiprofessionale, aperti al contesto abitato e capaci di cogliere i bisogni di salute multidimensionali, purtroppo ancor oggi spesso non rilevabili o comunque sottodimensionati ed isolati all'interno di un indifferenziato tessuto urbano periferico.

La "Casa della Salute" o "Casa di Comunità" secondo un'accezione recente che ne vorrebbe ampliato il ruolo sociale, nella sua evoluzione funzionale oltre che identitaria rappresenta già oggi una importante risposta alla domanda di servizi espressa da una cittadinanza sempre più composita e denotata da fattori di fragilità, a cominciare dalla componente anziani. Un presidio però ancora troppo scarsamente considerato in termini di razionale collocazione alla scala urbana e di quartiere, quella che pretenderebbe la creazione o il rafforzamento di luoghi di centralità preposti all'erogazione integrata dei servizi sociali, sanitari, culturali ed educativi. Ed oltretutto privo di una caratterizzazione architettonica degli edifici architettonici che invece dovrebbe garantire, se opportunamente indagata ed interpretata attraverso il progetto, un più alto livello di efficienza non solo sul piano prestazionale ma

¹⁷ Gruppo UAL – Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università di Parma Prof. Carlo Quintelli (responsabile scientifico), Prof. Enrico Prandi (coordinatore della ricerca PNRR), Arch. Giuseppe Verterame, Arch. Alessia Simbari, Arch. Sahar Taheri . Ricerca PNRR: Dalla casa della Salute a quella di Comunità sino ai Luoghi e ai Centri di Salute Comunitaria: una strategia di indirizzo per la progettazione architettonica e urbana.

anche in termini di effetti relazionali, di aggregazione ed inclusione, in una sempre più complessa ed eterogenea realtà sociale dove cresce il numero dei soggetti richiedenti un supporto socio-sanitario.

D'altra parte, se si vuole comprendere il generale ritardo in termini di consapevolezza, ricerca e conseguente innovazione architettonica per la "Casa della Salute", bisogna considerare che il tema, in senso strettamente sanitario, scaturisce in termini genericamente definiti solo all'interno del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006. In quel vasto documento di indirizzo rientra anche l'intento di rimodellare l'azione delle cure primarie, dove si auspicano "forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana (...) in strutture idonee, con caratteristiche edilizie e tecnologiche minime".¹⁸ Un indirizzo programmatico che, pur auspicando strutture "idonee" e quindi tipologicamente dedicate, fa significativamente riferimento a "caratteristiche edilizie", e non architettoniche, con il rimando ai laconici criteri di individuazione dei requisiti minimi delle strutture sanitarie dettate dal DPR 14 gennaio 1997.¹⁹

Per una definizione più precisa di questa concezione del servizio sanitario, a cominciare da quella nominalistica, bisognerà attendere il convegno ministeriale del 2007 dal titolo "La Casa della Salute".²⁰

In quell'occasione, l'allora Ministra Livia Turco parlerà più concretamente di "luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità di cura", di un insieme di attività integrate attraverso una "contiguità spaziale dei servizi e degli operatori (...), un centro attivo e dinamico della comunità locale". Una descrizione questa certo più eloquente, a partire dal concetto di *spazio* quale strumento di relazione tra operatori sanitari, ma ancora genericamente intesa in quanto non richiama l'apporto, a questo punto necessario, dell'architettura nella definizione della qualità dell'ambiente fisico e del ruolo urbano, a cominciare da quello posizionale, delle case della salute.

18 D.P.R. 7 aprile 2006, allegato 1, parte prima, art.3.5.

19 DPR 14 gennaio 1997, Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

20 Incontro nazionale Stato-Regioni La Casa della Salute, Ministero della Salute, Roma 22 marzo 2007.

A seguito della modifica del titolo V della Costituzione con ricadute anche in materia sanitaria, l'interpretazione operativa della Casa della Salute diventa prerogativa delle Regioni. La Regione Emilia Romagna è sicuramente da subito tra le più attive e capaci di progettualità come si evince dai documenti di indirizzo prodotti nel 2010 con allegati alcuni schemi distributivi che cercano di interpretare inedite logiche organizzative.²¹ Un percorso progettuale ed operativo monitorato ed implementato in corso d'opera attraverso atti successivi, con il quale prende ulteriore consistenza l'innovazione nelle attività di cura e prevenzione sanitaria ma soprattutto si prevede l'estensione ed integrazione dei servizi in chiave socio-sanitaria e sociale.²² Una maturazione del modello sanitario in senso comunitario che corrisponde e per certi aspetti va oltre gli indirizzi di riferimento dell'OMS e del Programma Europeo sulla Salute 2014-2020.

Si tratta indubbiamente di una visione avanzata che però contempla solo in sottotraccia l'apporto progettuale della qualità spaziale ed urbana delle strutture, come d'altra parte dimostra una prima casistica di ciò che si è realizzato sul territorio a partire dal 2010.

Solo a seguito della missione "Salute" prevista nel PNRR²³ e del conseguente Decreto Ministeriale teso a definire "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale"²⁴, nel contesto di un'urgenza attuativa in grado di rispettare la tempistica dettata dai finanziamenti europei, verrà a determinarsi la spinta ulteriore nei confronti di un modello che da "Casa della Salute" evolverà in "Casa della Comunità". Un significativo passo in avanti, preannunciato ma ora meglio caratterizzato sulla sanità di iniziativa, sulle strategie di prevenzione, su una programmazione derivata da metodologie di stratificazione della popolazione, secondo un'ottica integrata, di evidente valenza comunitaria, per la presa in carico olistica della persona anche nei suoi bisogni socio-sanitari e socio-assistenziali oltre che prettamente sanitari.

21 Delibera della Giunta Regionale E.R. 291/2010 titolata Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione.

22 Delibera della Giunta Regionale E.R. 2128/2016, Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa.

23 PNRR (2021) Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1), Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

24 Ministero della Salute, Decreto del 23 maggio 2022 n. 77.

Le condizioni operative che gli investimenti del PNRR richiedono per la realizzazione delle strutture delle Case e degli Ospedali di Comunità e relative attrezzature in particolare di telemedicina (sette miliardi di euro da spendere entro la metà del 2026) motiveranno la redazione di un “Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di Comunità” da parte di un gruppo di lavoro del Politecnico di Milano.²⁵ Un metaprogetto - con la finalità di “supportare le direzioni strategiche, gli uffici tecnici e i progettisti nella programmazione e progettazione delle nuove Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali” - che chiarisce i principali meccanismi programmatori, l'organizzazione funzionale, il diagramma distributivo tipo e i parametri quantitativi delle strutture per le quali prevalgono le raccomandazioni tipiche di un approccio tecnologico-costruttivo. Più generica e di relativa capacità di indirizzo appare invece l'analisi sul carattere qualitativo degli spazi architettonici, sulle variabili tipo-morfologiche che possono interpretare un congegno funzionale, ma soprattutto fruitivo, così complesso, dove incidono anche le caratterizzazioni formale, dimensionale, percettiva, figurativa, iconica che investono significativamente la responsabilità del progetto e di conseguenza la qualità complessiva della struttura architettonica realizzata. Tutti aspetti concorrenti a significare il valore civile di un'architettura chiamata a contraddistinguere una nuova generazione di Case di Comunità. Quella che mutua solo in minima parte dall'esperienza ospedaliera per ricercarne una propria, relativa ad una medicina a portata di mano e che contempla aspetti di natura psichica e culturale per i quali la qualità degli spazi risulta fondamentale.

Mancando in letteratura altri e più specifici contributi di riferimento per la progettazione architettonica e urbana delle Case di Comunità, buona parte dei quali rimane all'interno della casistica della tipologia ospedaliera pur nell'accezione di strutture decentrate comunitarie²⁶, rispetto ad una così

²⁵ Una ricerca coordinata dal Prof. Stefano Capolongo su commissione di AGENAS, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (agosto 2022).

²⁶ Per un sintetico riepilogo sui principi e i criteri di umanizzazione della tipologia ospedaliera si veda F. De Filippi, G. G. Cocina, (2021), Salute e spazi per la cura. Ripensare le strutture sanitarie in una prospettiva multiculturale, Tab Edizioni, Roma, dove si rimanda alla letteratura internazionale oltre che italiana in materia. In Sacchetti L., Oberosler C., (2022), Architetture resilienti per la sanità territoriale. Linee guida per la progettazione: un nuovo modello di Ospedale di Comunità, Franco Angeli, Milano, si definiscono modelli organizzativi e prestazionali ma anche schemi di distribuzione spaziale dedicati agli ospedali di comunità. In Francia, a livello dipartimentale, si rilevano documenti di indirizzo per la progettazione architettonica delle case della salute come in Pays de la Loire, (2019), Maisons de Santé pluri-professionnelles. Recommandations programmatiques architecturales.

<https://www.paysdelaloire.fr/sites/default/files/2020-01/guide-archi-msp-vdef.pdf>

rilevante stagione di programmazione attuativa emerge la necessità di esplorare in chiave architettonica le potenzialità tipo-morfologiche e di ruolo urbano di questi nuovi presidi del welfare, in grado di bene interpretare e fornire le migliori condizioni ambientali alle attività del personale operativo e dei soggetti fruitori. Una dimensione della ricerca progettuale che si prefigge l'obiettivo di riempire il vuoto ancora esistente tra la definizione della complessità organizzativa e del ruolo sociale della Casa di Comunità e la concezione formale degli spazi che concorrono al risultato funzionale, rappresentativo, identitario della stessa.

Da queste premesse nasce l'iniziativa di ricerca dell'Università di Parma finanziata dal PNRR dal titolo: **Dalla casa della Salute a quella di Comunità, sino ai Luoghi e ai Centri di Salute Comunitaria: una strategia di indirizzo per la progettazione architettonica e urbana.**²⁷

Stando al contesto italiano, la mancanza di strutture realizzate esemplari, spesso risolte sul piano meramente edilizio, e di sviluppati apparati critici e metodologici, richiama la necessità di costruire un quadro di indirizzo specificatamente architettonico, a partire dal dato primario delle forme dello spazio progettato. Un processo che deve coinvolgere l'esperienza storico tipologica dell'architettura dedicata alla salute ma anche dell'architettura che per analogia di ruolo nei servizi civili può costituire comunque un significativo punto di riferimento. Tenendo in primo piano i presupposti dell'approfondimento critico sulla natura specifica delle Case della Comunità e della trasmissibilità dei principi interpretativi e progettuali che verranno sviluppati, la ricerca dovrà procedere per l'individuazione e l'elaborazione dei contenuti attraverso tre principali filoni di analisi:

1. Il primo richiama quel palinsesto storico culturale che ha visto nei processi di cura significative espressioni di trasformazione sociale ed economica, di sviluppo scientifico e di trasmissione della conoscenza, a partire dalla fase di rinascita della città nella proto-modernità medievale. Un'epoca dove comincia ad emergere, se non una vera e propria architettura destinata alle funzioni sanitarie, il ruolo di determinati luoghi urbani e spazi costruiti

²⁷ La ricerca PNRR in corso di svolgimento è condotta dal Gruppo UAL – Urban and Architectural Laboratory del Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università di Parma composto dai Prof. C. Quintelli (responsabile scientifico), Prof. E. Prandi (co-responsabile scientifico e coordinatore della ricerca PNRR), Arch. G. Verterame, Arch. A. Simbari, Arch. S. Taheri.

nei quali si realizzano forme organizzate di cura ed assistenza. Attualizzando, quindi attraverso l'ottica identitaria di una Casa di Comunità, questi fenomeni storici ci fanno comprendere la distinzione tra una logica accentratrice e meccanicistica tipica della tipologia ospedaliera moderna, in particolare degli ultimi cinquant'anni, e quelle modalità alternative che in determinate iniziali fasi di definizione della tipologia sanitaria, come suggerisce Guido Canella, esprimono una "articolazione diffusa, direttamente e capillarmente a contatto della comunità insediata" secondo logiche spaziali capaci di mettere "in contaminazione la più varia umanità" così verificandosi il "ritorno dialettico nel corpo dei fatti architettonici ed urbanistici" che la contemporaneità delle ragioni sociali e comunitarie del tema ci impone ancor oggi di considerare e valutare a fondo (Canella, 1979).

2. Il secondo riguarda quell'ambito dell'esperienza architettonica della modernità dove il tema della costruzione della città attraverso il ruolo strutturante degli spazi e dei servizi pubblici ha trovato espressioni di grande significatività, sia nella fase di sperimentazione del Movimento Moderno e del Costruttivismo sovietico nel contesto europeo tra gli anni Venti e Trenta, sia nella stagione più recente di declinazione dei dettati modernisti attraverso le peculiarità dei diversi contesti urbani, culturali, sociali che in particolare ha contraddistinto l'architettura italiana dal dopoguerra sino agli anni Ottanta. Riferimenti in chiave specialistica sul tipo ospedaliero, e in chiave analogica su quelli della scuola, del centro civico, del centro culturale e in generale degli spazi architettonicamente strutturati quali presidi di valenza comunitaria, soprattutto all'interno delle nuove periferie, possono costituire un quadro di soluzioni delle forme spaziali per molti aspetti riconducibili a quelle oggetto della ricerca, pur attraverso un processo necessario di declinazione e ri-contestualizzazione tematica.
3. Il terzo filone rimanda alla necessità di individuare una casistica corrispondente al tema. Nel contesto italiano, come si è detto, finora

scarso di realizzazioni significative di Case della Salute, se non di Comunità, sotto il profilo della qualità tipo-morfologica e urbana, possono comunque essere analizzate le criticità più evidenti in funzione esemplare, pur con alcuni tentativi meritevoli di attenzione poiché, se non altro, dimostrativi delle potenzialità dei congegni spaziali che la complessità di questi servizi integrati richiede.

Il contesto europeo è invece in grado di fornire una casistica architettonica sicuramente più qualificata, non solo nei paesi del nord con una tradizione di avanzato standard del welfare, ma anche in realtà di più recente maturazione dell'organizzazione dei servizi pubblici come in Spagna o in Portogallo.

A livello mondiale poi la casistica può ulteriormente estendersi ed arricchirsi di soluzioni originali, anche in paesi non necessariamente ad economia avanzata come nel contesto sud-americano e ancor più africano, dove però il confronto deve tener conto delle differenze storico culturali, sociali, climatiche e soprattutto di sistemi sanitari e di assistenza sociale non sempre comparabili a quelli europei.

Sulla base di questi presupposti, la ricerca si pone l'obiettivo di individuare le condizioni e definire le caratteristiche di una metodologia della progettazione architettonica e urbana corrispondente al grado di sofisticazione e rilevanza che il sistema pubblico, sia di assistenza sanitaria che sociale, già oggi riesce ad esprimere attraverso le Case di Comunità. Una metodologia che guarda realisticamente all'oggi ma al tempo stesso dotata di un'ottica previsionale che tenga conto dell'evoluzione dei bisogni assistenziali che caratterizzeranno la società di domani.

Il percorso di ricerca vuole innanzitutto partire da un aspetto terminologico tuttavia capace di sottintendere la strategia concettuale che ne dovrebbe orientare lo sviluppo. Se infatti il passaggio da "Casa della Salute" a "Casa della Comunità" risulta sintomatico di un approccio che tende ad allargare il campo prestazionale di queste strutture, secondo logiche di integrazione intersettoriale delle competenze e di apertura al contesto sociale, un ulteriore salto nominalistico potrebbe chiarire la potenzialità dei valori aggiunti del ruolo urbano e della significatività architettonica riguardanti tale tendenza. Si tratta infatti di sperimentare tipologie innovative incentrate

sulla forma e la disposizione degli spazi caratterizzanti un luogo urbano il più possibile predisposto a sviluppare la concentrazione e quindi la sinergia prestazionale di funzioni pubbliche in condizioni di prossimità.

Si passerebbe quindi dalla “Casa della Comunità” al **Luogo di Salute Comunitaria**, stando alla scala del progetto urbano, all’interno del quale poter a sua volta sviluppare il progetto di uno specifico edificio destinato a **Centro di Salute Comunitaria**. Una dualità strettamente complementare che così posta, sia sul piano della morfologia e delle relazioni urbane che dell’edificio nella sua articolazione tipologico-funzionale, dovrà prevedere specifici strumenti di interpretazione e di progetto.

Vediamo ora, pur in sintesi, di definire questa dualità dell’intervento progettuale all’interno della quale individuare i principali caratteri da sviluppare.

- A. Il concetto di **Luogo di Salute Comunitaria** vorrebbe innanzitutto superare le logiche, spesso contingenti ed occasionali, di individuazione delle aree o degli edifici dismessi e convertibili nel tessuto urbano dove si è previsto di edificare una Casa della Comunità. In particolare, per quanto riguarda quel contesto italiano e se si vuole europeo di una città avente una chiara struttura formale basata sul principio della concentrazione insediativa, pur tra mille contraddizioni, un corretto approccio richiederebbe valutazioni innanzitutto posizionali alla scala urbana e di quartiere, individuando le potenzialità esistenti in termini di accessibilità, in particolare quella ciclo-pedonale, di relazione con gli spazi verdi e denotati a piazze pubbliche, di concentrazione e raccordo dei servizi primari per la vita dei cittadini. Evocando quindi la caratterizzazione di un luogo dei servizi pubblici integrati, non solo strettamente sanitari, per le diverse esigenze degli anziani e dei disabili, dei giovani e delle donne, delle famiglie, in generale per la qualità della vita all’interno del quartiere. Secondo una concezione di salute estesa, rivolta al benessere individuale e sociale, dove il fattore della qualità spaziale, innanzitutto urbana in quanto tipicamente collettiva, possa incidere significativamente sul funzionamento dei servizi ma anche sul senso di appartenenza, sulla rappresentatività, sull’aggregazione

ed inclusione dei cittadini fruitori. Luoghi che assumono, in virtù di questi requisiti, il valore di vere e proprie centralità urbane chiaramente percepite, da predisporre all'interno dei quartieri quale strategia per armare di fattori rigenerativi parti di città spesso prive di luoghi di riferimento sociale, a volte surrogati dai soli centri commerciali. La caratteristica del progetto architettonico in senso urbano, di collocazione dei servizi sanitari e sociali nel tessuto costruito, costituisce quindi un a priori non secondario per la piena riuscita dei risultati attesi.

- B. La seconda componente in gioco è ovviamente quella architettonica alla scala dell'edificio, capace quindi non solo di ospitare ma anche di rappresentare e valorizzare funzionalmente i servizi sanitari e sociali previsti al proprio interno secondo un'ottica di stretta complementarità, sino allo scambio interprofessionale da cui possono scaturire pratiche transdisciplinari congeniali ad un vero e proprio laboratorio di comunità. Un'architettura che forse conviene far uscire dalla denotazione domestica ed individualistica della "Casa", anche rinunciando a certe facili suggestioni protettive e consolatorie, a favore di un **Centro di Salute Comunitaria** che evidenzia la dimensione collettiva e partecipata dei cittadini fruitori, la caratura prestazionale e la garanzia dei servizi offerti, nonché la rappresentatività pubblica di uno spazio ad alto valore comunitario. Alla scala architettonica la ricerca si focalizzerà sul congegno tipomorfologico, coinvolgente sia gli spazi interni, chiusi e aperti, che quelli esterni di prossimità. Andrà verificata e descritta la fattibilità formale e costruttiva di un modello innovativo di edificio specializzato di nuova generazione sotto i profili della razionalità distributiva e della flessibilità d'uso, dell'identità figurativa tra paesaggio interno ed esterno, del comfort fisico e psicologico, della sostenibilità ambientale, dell'economicità costruttiva e gestionale. L'impostazione della ricerca tenderà a codificare comportamenti compositivi e in genere progettuali capaci di restituire una prototipazione esemplare ad uso orientativo di Centro di Salute

Comunitaria, mettendo altresì in rilievo l'importanza di quei fattori contestuali e di quelle variabili culturali che, entrando in dialettica con la tassonomia tipologica data, ne declineranno i parametri e i principi nell'ottica di un realismo del progetto da ricercarsi di volta in volta, anche rispetto alle differenti condizioni della costruzione ex-novo anziché del riuso edilizio. Un'architettura comunque ad alto grado di riconoscibilità e rappresentatività iconica all'interno del quartiere urbano, punto di forza nella strategia dei processi di rigenerazione di parti di città.

La ricerca progettuale sugli spazi architettonici ed urbani dei **Luoghi e dei Centri di Salute Comunitaria** non può non prevedere il coinvolgimento sistematico ed integrato di saperi, competenze ed esperienze, a partire da quelle sanitarie, socio-sanitarie e sociali, compreso l'ambito delle nuove tecnologie informatiche a servizio delle azioni assistenziali, allargate ai contributi del terzo settore e di altri apporti di espressione comunitaria. Un quadro complesso ma necessario se si vuole che il progetto che dà forma allo spazio fisico, inteso come strumento capace di supportare e valorizzare le funzioni, i comportamenti, dando risposta alle tante esigenze ma soprattutto a sviluppare le relazioni previste, interpreti adeguatamente questi nuovi importanti obiettivi del servizio pubblico.

Il prodotto atteso al termine della prima fase della ricerca in corso (entro il 2023) riguarda un documento, recante linee guida tipologiche e costruttive alla scala urbana ed architettonica (descritte e disegnate) per la realizzazione di **Luoghi e Centri di Salute Comunitaria**



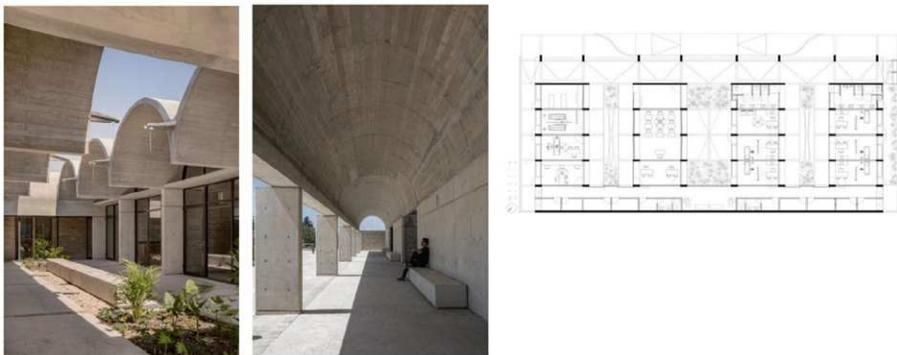
Casa della salute con servizi clinici a Tampere, Finlandia, SIGGE Architects 2016. Un complesso dotato di servizi sanitari integrati che si caratterizza per razionalità, luminosità e piacevolezza visiva degli interni.



Casa della salute a Muros, Spagna, Irisarri Piñera Arquitectos 2007. Un'articolazione tipologica dove l'inserimento degli spazi a verde connette ed illumina i diversi comparti funzionali.



Casa della salute a Chiba, Giappone, Hkl Architets 2015. Qualità architettonica secondo una tattica interstiziale in condizioni di tessuto abitativo denso.



Casa della salute a Escarcega, Messico, JC Arquitectura 2022. Rilevanza iconica e funzionalità distributiva informano questo semplice quanto efficace schema distributivo, in piena coerenza con i caratteri del luogo.



Casa della salute a Newman, Australia, Kaunitz Yeung Architecture 2020. Servizi socio assistenziali in un luogo a forte caratterizzazione pubblica secondo una tipologia e un linguaggio aderenti alla cultura aborigena del contesto.

Riferimenti bibliografici

Canella, G. (1979). L'ospedale tra storia interna e storia esterna. HINTERLAND L'architettura della salute;(9-10).

Quintelli, C. (2020). Coronavirus Città Architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano, FAMagazine;52-3, Parma. <https://www.famagazine.it/index.php/famagazine/index>.

LE SCIENZE POLITICHE IN SALUTE GLOBALE, UN ESEMPIO DI INTERPROFESSIONALITA'

Clelia D'Apice

Sono laureata in scienze politiche e specializzata in relazioni internazionali. Sto concludendo il mio percorso di dottorato in scienze mediche e chirurgiche traslazionali. Mi sono occupata di cooperazione e diritti umani per alcune agenzie internazionali e per organizzazioni non governative in varie parti del mondo. Da diversi anni sono assegnista di ricerca all'Università di Parma, nel Dipartimento di Medicina e Chirurgia. Lavoro come consulente per una fondazione che si occupa di assistenza umanitaria in zone di conflitto.

Perché racconto questo? Non di certo per ammorbarvi con il mio curriculum, ma per sottolineare come la mia formazione è interdisciplinare, così come lo è la mia forma mentis.

All'inizio del mio percorso lavorativo, è stato molto difficile per me capire dove inserirmi, dove incanalare le mie competenze. Il mondo del lavoro e quello accademico sono spesso resistenti alla commistione...

Eppure, e questo volume lo ribadisce chiaramente, viviamo in un mondo che richiede inevitabilmente un approccio interdisciplinare. L'approccio interdisciplinare si rende infatti particolarmente necessario quando si ha a che fare con problemi complessi, sfaccettati e persistenti.

La sanità pubblica costituisce dunque un campo di elezione per lo sviluppo della ricerca interdisciplinare (Kivits, Ricci, & Minary, 2019). Ambire al raggiungimento del miglior stato di salute possibile per la popolazione implica necessariamente l'integrazione della ricerca e degli interventi in salute all'interno di una varietà di approcci disciplinari complementari (Galea & Annas, 2016, Choi & Pak, 2006). Le odierne sfide per la salute – di cui la pandemia da covid-19 è stata un chiaro esempio – richiedono approcci globali e sinergici. Ciò implica adottare strategie multi prospettiche ai problemi di salute, ai loro fattori multidimensionali e ai possibili livelli di intervento (D'Apice, Sarli, 2022).

L'accelerazione del processo di globalizzazione ha portato con sé, in poco meno di un secolo, trasformazioni profonde, talvolta radicali, che trascendono i confini nazionali, e ridefiniscono la geografia delle relazioni internazionali. Tali trasformazioni richiedono necessariamente nuove categorie di analisi e di intervento, anche nel campo della salute e delle politiche sanitarie.

Il paradigma della salute globale richiede necessariamente un approccio interdisciplinare, dove i determinanti sociali, ambientali, economici e politici si intersecano e si commissionano oltre i confini nazionali. In una visione globale della salute come bene comune, le scienze politiche e le relazioni internazionali giocano un ruolo fondamentale.

La Dichiarazione interministeriale, rilasciata ad Oslo nel 2007, sottolinea come nell'era odierna della globalizzazione e dell'interdipendenza tra stati, vi sia un urgente bisogno di ampliare il raggio di azione della politica estera, a partire dalle strategie di salute pubblica: "We have therefore agreed to make impact on health a point of departure and a defining lens that each of our countries will use to examine key elements of foreign policy and development strategies, and to engage in a dialogue on how to deal with policy options from this perspective" (Oslo Ministerial Declaration, 2007).

Le questioni sanitarie sono state oggetto di cooperazione politica transnazionale sin dall'inizio degli sforzi internazionali per contenere le epidemie di malattie infettive nel diciannovesimo secolo, per ottenere poi un'attenzione permanente nell'agenda politica globale con l'istituzione dell'Organizzazione della Sanità della Società delle Nazionali nel 1922, il cui lavoro è poi stato ereditato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948. Nonostante tali sforzi, le relazioni internazionali e la sanità pubblica non hanno ancora avviato un dialogo sufficientemente coerente e costruttivo (Stoeva, 2016). L'impegno delle relazioni internazionali per la politica della salute pubblica è limitato e rimasto ai margini della disciplina. A parte un piccolo numero di studi, gli studiosi di salute pubblica continuano a evitare gli studi di politica e di governance in quanto non direttamente rilevanti per la governance della salute, che considerano basata sull'evidenza e guidata dalla sola conoscenza medica (Chatham House, 2012).

L'obiettivo di questo capitolo è quello di portare un esempio pratico di applicazione di interdisciplinarietà in salute e in ricerca, sottolineando il ruolo chiave delle relazioni internazionali.

La collaborazione tra l'Università di Parma, ed in particolare il Dipartimento di Medicina e Chirurgia, ed il Myanmar risale al 2015. La collaborazione riguardava in particolare lo scambio reciproco di buone pratiche in salute, in particolare nel campo delle cure primarie e della formazione. Nel corso degli anni le relazioni e le progettualità hanno potuto approfondirsi, ampliarsi e svilupparsi, estendendosi a diversi settori disciplinari. A tale proposito è stato fondamentale il ruolo di esperti di scienze politiche e di relazioni internazionali nella costruzione di rapporti di fiducia, rispetto e ascolto, che hanno permesso di costruire una rete di collaborazione estesa a vari settori della società civile e delle istituzioni dei due paesi. Il contributo di esperti di relazioni internazionali e di scienze politiche è stato ancor più importante se si considera che il Myanmar ha cominciato ad aprirsi al mondo nel 2015, dopo più di 50 anni di isolamento e persecuzioni sotto dittatura militare.

Il 1° febbraio 2021 i militari del Myanmar hanno nuovamente effettuato un colpo di stato e sovvertito il governo democratico precedentemente eletto, rigettando il paese nel buio. Il golpe militare ha causato il collasso del sistema sanitario e educativo, esacerbato i bisogni della popolazione, e portato il paese ad una condizione di povertà senza precedenti. La popolazione si è unita contro i militari in un movimento di resistenza prima pacifico, poi in parte armato. Il paese è ora diviso in tre zone: zone a controllo militare, zone di conflitto, e zone sotto controllo della resistenza democratica.

I professionisti sanitari del Myanmar hanno abbandonato il lavoro nelle strutture pubbliche a controllo militare, avvalendosi di cliniche private ed informali per garantire i servizi di base alla popolazione. Gli studenti, in particolare gli studenti di medicina, boicottano le scuole e le università ora sotto controllo militare, e stanno affrontando grandi sforzi innovativi per costruire forme di apprendimento alternative.

Il Governo di Unità Nazionale del Myanmar (NUG), democraticamente nominato e che lavora in esilio, ha chiesto la collaborazione dell'Università

di Parma per supportare gli studenti e soddisfare il loro bisogno formativo. A questo scopo è stata avviata una collaborazione tra il Ministero della Salute e dell'Educazione del NUG, il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, e l'organizzazione brasiliana Rede Unida per l'organizzazione di corsi gratuiti di formazione integrativa a distanza svolti da docenti italiani, brasiliani e birmani per rispondere ai bisogni formativi degli studenti di medicina del Myanmar. Di nuovo, la costruzione del partenariato è stata facilitata da esperti di relazioni internazionali e scienze politiche.

Al fine di poter strutturare il progetto, il primo fondamentale passaggio è stato valutare il fabbisogno formativo degli studenti di medicina del Myanmar, tenendo conto del particolare contesto in cui vivono.

Come svolgere un'analisi del fabbisogno formativo degli studenti e una valutazione del contesto mentre il paese è lacerato dal conflitto, la popolazione è sfollata, le comunicazioni difficili, gli attacchi aerei militari continui?

Chiaramente è stato necessario il contributo di vari professionisti sanitari, tra cui medici ed infermieri, ed esperti metodologi della ricerca. Ma non solo. Un'analisi dettagliata del contesto si fa analizzando diversi elementi, servono diverse chiavi di lettura. E' stato quindi fondamentale allargare il campo dell'interprofessionalità ad altre competenze. In particolare, è stato fondamentale mettere in campo competenze di relazioni internazionali e scienze politiche per l'analisi politologica del contesto, per la complessità della dimensione di conflitto in cui si trova il paese, per il mantenimento delle relazioni e gestione delle comunicazioni – necessariamente criptate per ragioni di sicurezza – con i partner e gli interlocutori sul campo, e per le necessarie e fondamentali connessioni tra politica e salute in quel contesto specifico.

Abbiamo dunque somministrato un questionario ad oltre 200 studenti di medicina del Myanmar, e condotto 10 interviste semi-strutturate. Cosa è emerso dall'analisi? Il fabbisogno formativo degli studenti rispecchia quello che sono i bisogni di salute della popolazione in questo momento. I tre campi che gli studenti intervistati individuano come prioritari sono la medicina di emergenza, l'healthcare management, e la salute mentale. Tali temi sottolineano l'importanza e la necessità di un approccio e di una collaborazione tra saperi interdisciplinare per rispondere ai bisogni degli studenti e strutturare un percorso formativo idoneo al contesto.

Riferimenti bibliografici

Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine. Medecine clinique et experimentale*, 29(6), 351–364

D'Apice, C., & Sarli, L. (2022). La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia. *Rede Unida*. February. DOI: 10.18310/9788554329563.

Galea, S., & Annas, G. J. (2016). Aspirations and strategies for public health. *JAMA*, 315(7), 655–656. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0198>

Kivits, J., Ricci, L., & Minary, L. (2019). Interdisciplinary research in public health: the “why” and the “how”. *BMJ. Journal of Epidemiology and Community Health*. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2019-212511>

Oslo Ministerial Declaration. (2007). Global Health: a pressing foreign policy issue of our time. Oslo, 21 April. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60498-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext)

Stoeva, P. (2016). International relations and the global politics of health: a state of the art. *Lshtm.ac.uk*. https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/3917568/1/International%20Relations%20and%20the_GOLD%20VoR.pdf

The Royal Institute of International Affairs. The Chatham House (2012). Centre on Global Health Security. Health: an issue in global politics and international affairs. London: Chatham House. https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/media_wysiwyg/Centre%20for%20Global%20Health%20Security%20Prospectus.pdf

PARTE SECONDA

LA SALUTE E I SUOI LINGUAGGI

RUOLO DEI MASS-MEDIA E DELLA CULTURA SOCIALE NELLA GESTIONE IN SANITA'

Federica Sorrentino
Nadia Grillo

Obiettivi di integrazione multiprofessionale: tra comunicazione e informazione

Il concetto di interprofessionalità in ambito sanitario si sta sviluppando e ampliando sempre più, in particolar modo con l'insorgere di difficoltà a livello organizzativo e la valorizzazione delle nuove professioni (Sena, 2017). A tal riguardo, le figure di coloro che operano nel settore sanitario possono essere viste nell'insieme come una forza lavoro collaborativa (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010), in cui più professionisti apprendono gli uni dagli altri, così da poter raggiungere migliori risultati sanitari, frutto di una collaborazione efficace.

Inoltre, risulterebbe fortemente necessaria una formazione ad hoc, indirizzata proprio su questo versante, così da poter favorire lo sviluppo di un lavoro interprofessionale fin dai primi passi mossi dagli operatori nel settore, ponendosi pertanto in ottica di collaborazione e in una posizione di forza (Gnisci, 2001). Si tratterebbe di un passo fondamentale per favorire lo sviluppo e l'ottimizzazione delle competenze delle figure che operano nell'ambito della sanità, così da fornire servizi sanitari di maggiore efficacia e, di conseguenza, agevolare un rafforzamento del sistema sanitario, portatore quindi di migliori risultati nel settore.

Per poter agire in ottica interprofessionale, risulterebbe indispensabile attuare un cambiamento di paradigma, che vada a coinvolgere in particolare il sistema di identità e valori professionali di ciascun professionista (Baxter & Brumfitt, 2008). Le difficoltà individuabili si baserebbero sul lavoro di tipo multidisciplinare, in cui i singoli professionisti, facenti parte di un'équipe che vede la partecipazione di differenti figure provenienti da molteplici settori di competenza, si troverebbero a lavorare parallelamente, in momenti distinti,

e ciascuno attraverso il proprio approccio e la propria metodologia. Di conseguenza, e seguendo l'approccio multidisciplinare, l'attività dell'équipe risulterebbe come somma dei singoli contributi. D'altro canto, il passaggio all'interdisciplinarietà produrrebbe come esito il frutto di un lavoro congiunto e un passo ulteriore si otterrebbe con il lavoro transdisciplinare, che vedrebbe la condivisione di pratiche, conoscenze e linguaggi (Tousijn, 2015).

Focalizzando, poi, l'attenzione in particolar modo sul termine "comunicazione", il significato del verbo "comunicare" può essere riconosciuto nelle azioni di "rendere comune, far conoscere e far sapere", oppure nell'atto di "essere in relazione verbale o scritta con qualcuno" (Truccolo et al., 2019).

Inoltre, sarebbe buona cosa andare ad attuare una distinzione tra il comunicare e l'informare. Il primo, rappresenterebbe la modalità principe al fine di trasmettere messaggi con l'intento di determinare l'ascolto attivo da parte dell'uditore. D'altro canto, l'informazione si limiterebbe al mero trasferimento di notizie ed elementi.

Pertanto, la comunicazione non può essere intesa come un semplice processo di trasmissione, basato sull'interazione (Chichirez & Purcărea, 2018). Colui che comunica, attraverso il suo messaggio si pone l'obiettivo di fornire tutta una serie di informazioni, insieme alla sua prospettiva e visione del tema in oggetto, che a seguire sarà percepito, valutato e interpretato da parte dell'interlocutore.

Dunque, spostando l'attenzione sul contesto dell'interprofessionalità, la comunicazione interdisciplinare può essere riconosciuta come un elemento chiave per promuovere le cure a livello quantitativo e continuativo, favorendo non la singola relazione, quanto una rete relazionale (Liberati & Moja, 2014). In ambito sanitario, attuare una comunicazione efficace ed efficiente sarebbe sostanziale (Vermeir et al., 2015), in particolare nell'ambiente professionale contemporaneo.

Il primo passo per favorire tale tipo di comunicazione potrebbe essere nel lavoro di squadra e, quindi, nella collaborazione. Inoltre, un ulteriore elemento riguarderebbe il contesto interculturale, ovvero il tenere conto non solo del proprio modo di agire e della propria vision, ma aprirsi all'altro con l'obiettivo di farsi comprendere e comprendere l'altro.

Nel corso del tempo e a seguito dei numerosi cambiamenti e progressi dell'epoca, abbiamo assistito a una completa evoluzione della comunicazione. In particolare, tali modificazioni sono state segnate per lo più dallo sviluppo delle nuove tecnologie e dai mutamenti delle attività ad esse correlate. Ad esempio, la modalità di reperimento delle informazioni, la modalità attuata dal personale sanitario per aggiornarsi, la velocità e, di conseguenza, l'attendibilità delle notizie a disposizione (Hall & Weaver, 2001). Al giorno d'oggi, attraverso il digitale, la popolazione ha disponibilità di notizie e informazioni in tempo reale (Baldi & Gelbstein, 2005). In rete è possibile osservare quanto le notizie siano veloci e disponibili sempre e ovunque.

Di conseguenza, è possibile affermare come sia cambiato il modo di approcciare alla comunicazione, incoraggiando un rapporto più "circolare", in cui il più delle volte i ruoli si scambiano (Hall & Weaver, 2001). D'altro canto, questo potrebbe portare all'alto rischio che non tutto ciò che si legge sul web sia veritiero e/o affidabile. Di fatto, le numerose notizie disponibili provengono da diverse fonti, che possono risultare non verificabili o inaffidabili, e provocare di conseguenza confusione. Spesso, tutto ciò porta al fiorire di informazioni false, le fake news, che nascono con l'intento di creare confusione e minare la credibilità di coloro che si occupano di far fronte, nel contesto sanitario, all'emergenza.

Sarebbe opportuno, in particolar modo per contrastare l'uscita e l'eventuale seguito di false e sbagliate informazioni, riuscire a produrre una comunicazione efficace, che richiederebbe la condivisione tra le parti coinvolte di una chiara comprensione delle definizioni e dei parametri su cui si basa lo scambio di dati e informazioni (The Lancet, 2009) più sopra. In particolare, oggi che ci troviamo nell'era digitale, risulterebbe ancora più fondamentale che le informazioni e le comunicazioni da parte del personale sanitario provengano da fonti riconosciute e autorevoli. Pertanto, si potrebbe affermare che elementi chiave per una comunicazione efficace da parte di chi opera nel contesto sanitario nei confronti di chi si occupa di trasmettere le notizie, ovvero il giornalista, debbano essere riconoscibilità, autorevolezza e accessibilità dell'informazione (Hall & Weaver, 2001). Di fatto, come è possibile notare, un veicolo primario per la comunicazione e, pertanto anche per il settore sanitario, sono i mass media, i giornali, le

radio e la televisione (Sharma et al., 2020). Specialmente riguardo la logica di comunicazione della stampa, i mass media sono rivolti soprattutto all'esterno e puntano principalmente ad ottenere la massima divulgazione di informazioni al pubblico. Ad oggi, la stampa e i mass media sono diventati elementi fondamentali dell'attività diplomatica, in particolare per i riflessi e l'influenza che essi hanno sull'opinione pubblica (The Lancet, 2009).

I mass media, come tali definiti mezzo di comunicazione di massa, sono tra i più importanti meccanismi di integrazione all'interno di una società. Tali strumenti mettono a disposizione informazioni e non solo e possono essere riconosciuti come estremamente influenti per la loro vasta portata. In sostanza, i media sono strutturati per raggiungere il maggior numero di persone in poco tempo (Viswanath, Ramanadhan, & Kontos, 2007). Relativamente a comunicazione e salute, i mass media svolgono la loro funzione, mettendo a disposizione informazioni su diversi elementi lungo un continuum di prevenzione-cura, principalmente occupandosi di promuovere la sensibilizzazione e la conoscenza su temi di vario tipo.

Oltre a ciò, le notizie in ambito sanitario spesso si interessano al tema della scoperta, per esempio riguardo nuovi farmaci, nuovi trattamenti, interventi e tecniche operatori. Il comunicare e trasmettere informazioni riguardo l'ambiente di salute e sanità sta diventando sempre più un obiettivo importante per i mass media e si sta notando come l'attenzione alle news riguardanti la salute sia in costante e continuo aumento negli ultimi anni (Bateson, 1976).

Peraltro, riguardo la comunicazione tra operatori sanitari, la letteratura dimostra che queste figure presentano una formazione differente e, di conseguenza, mostrano diversi stili comunicativi (Foronda, MacWilliams, & McArthur, 2016). Anche lo stile comunicativo di un professionista ha conseguentemente un impatto sul tipo di notizia che arriva al pubblico. Andrebbe preso in considerazione il concetto che la comunicazione appartenente al sistema sanitario avviene all'interno di un ambiente piuttosto complesso (WHO, 1987).

A tal proposito, i giornalisti hanno una importante responsabilità nel far pervenire le notizie in ambito sanitario e medico (Rockström, 2009). Se,

prima, è stato affrontato il tema della comunicazione efficace, sarebbe utile sottolineare quanto però ci sia il rischio che avvenga l'opposto, ovvero che si presenti una comunicazione inefficace. Questo potrebbe verificarsi in particolar modo in una situazione di carenza organizzativa che, di conseguenza, potrebbe ostacolare l'impostazione e il flusso corretto della comunicazione.

Inoltre, una comunicazione inefficace nel contesto sanitario presenta l'alto rischio di errore nella notizia e quindi informazioni che potrebbero produrre agitazione nei lettori/ascoltatori. Peraltro, risulterebbe utile il rendersi conto da ambo le parti, professionisti sanitari e giornalisti, dell'importanza di prevenire che ciascun lettore/ascoltatore ha il proprio metro di lettura dell'informazione e, perciò, sarebbe utile attuare una comunicazione a portata di tutti, non di difficile comprensione, con l'intento di rassicurare e non rischiare di creare caos (Bateson, 1984). È proprio a tal proposito che sarebbe necessario l'instaurarsi di relazioni collaborative e interprofessionali tra gli operatori del settore sanitario.

La crescente complessità degli interventi sanitari richiede, per una comunicazione efficace, l'intervento e l'impegno di professionisti di differenti settori di appartenenza a cooperare in maniera comprensiva. La combinazione di capacità e conoscenze specifiche rappresenterebbe al giorno d'oggi un elemento potente per poter raggiungere l'obiettivo di favorire una comunicazione efficace (De Santi & Simeoni, 2009).

Per di più, per incoraggiare una migliore qualità di notizie, risulterebbe essenziale una maggiore comunicazione tra mass media, esperti di salute e ricercatori (Rockström, 2009). Il giornalista dovrebbe attingere da una fonte considerata sicura, da cui trarre le informazioni utili alla elaborazione e pubblicazione di una notizia basata su veridicità scientifica.

Al giorno d'oggi, il giornalista, e in particolare chi si occupa della divulgazione scientifica, deve fare i conti con la velocità che contraddistingue la diffusione delle informazioni. Tuttavia, egli necessita dei tempi adeguati alla verifica del contenuto della notizia e della fonte. Sotto questo aspetto, la competitività dipende sia dalla capacità di stare nei tempi imposti dai ritmi di pubblicazione e diffusione, ma ancora di più e soprattutto di riuscire a sviluppare in modo chiaro ed essenziale l'oggetto della notizia (Hall & Weaver, 2001).

Nel campo sanitario, la correttezza dell'informazione rappresenta l'elemento centrale. In particolare, è sempre opportuno che quanto viene comunicato sia verificato e condiviso dai professionisti coinvolti. Un aspetto fondamentale è riuscire a estrapolare il linguaggio tipicamente gergale della comunicazione tra operatori sanitari, traducendolo in una forma di comunicazione lineare e completa, conservando la struttura terminologica (WHO, 2010).

Naturalmente, si è consapevoli del ruolo assunto dai social media, che sfuggono ad ogni forma di controllo e revisione degli argomenti sul tema della salute. L'attendibilità della notizia è sempre e solo legata alla fonte ed è opportuno distinguere il richiamo a una informazione riferita a una pubblicazione già verificata da ciò che potrebbe riguardare contenuti non corretti o addirittura fuorvianti.

In sintesi, è fondamentale che le notizie sui temi della salute, diffuse attraverso carta stampata, giornali online, radio e televisione, siano autentiche, accurate e non legate a interessi. Un principio deontologico che vale tanto per le fonti mediche e sanitarie quanto per i giornalisti, ai quali sono demandati il compito e la responsabilità della divulgazione.

L'informazione scientifica e sanitaria nel giornalismo e il mondo della ricerca: una riflessione sinergica

Evoluzione dell'informazione scientifica e sanitaria per un giornalismo sostenibile: sono le parole chiave di un rinnovamento in cui UGIS – Unione Giornalisti italiani Scientifici²⁸ ha sviluppato un percorso nel tempo per divulgare quanto la scienza sia un tassello fondamentale della cultura collettiva e come il giornalismo, informando sui fatti e sulle notizie derivanti dal mondo della ricerca, ricopre un ruolo fondamentale. Questa è una sfida in cui l'Unione si impegna dalla sua nascita, decenni prima della pandemia da covid-19.

Nata nel 1966, UGIS – Unione Giornalisti Italiani Scientifici ha una *mission* nella comunicazione e divulgazione della cultura scientifica ai colleghi dei media, al grande pubblico, alle giovani generazioni e agli scienziati. Il tutto in attività come conferenze, congressi, premi giornalistici, viaggi ad

28 UGIS - Unione Giornalisti Italiani Scientifici, sito web: <https://ugis.it/cms/>

importanti centri di ricerca in Italia e all'estero, rapporti con le Università e il mondo della ricerca sui vari campi del sapere. UGIS è in sinergia con enti, istituzioni, associazioni, fondazioni e con i propri organismi di categoria. Nella comunicazione ai giornalisti, UGIS è attiva a dare il suo contributo alla formazione nella propria professione: ha portato avanti con vari Ordini regionali dei Giornalisti negli ultimi anni molti corsi per l'acquisizione dei crediti formativi nei territori italiani, in presenza e on line, su vari temi scientifici e sulla deontologia professionale. Tra gli obiettivi: fornire strumenti e metodologie per i colleghi non specializzati che si trovano ad occuparsi di una notizia scientifica nelle proprie redazioni in contesti di cronaca. Un impegno che ha portato alla stesura e presentazione nel 2018 del Manifesto di Piacenza UGIS, una carta di indicazioni deontologiche per l'informazione scientifica e sanitaria, realizzato in collaborazione con l'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia-Romagna. Il Manifesto di Piacenza²⁹ si può leggere integralmente sul sito web di UGIS, qui in sintesi gli 8 punti che lo compongono: 1 - Scienza e tecnologia nella loro divulgazione necessitano di un aggiornamento professionale dedicato nell'ambito della formazione permanente; 2 - riferirsi a fonti scientifiche molteplici e qualificate, anche internazionali, per valutazioni precise in una visione critica; 3 - i risultati della ricerca scientifica diventano talvolta materia economica da considerare; 4 - dovere etico nella verifica della correttezza e veridicità delle notizie, nel rispetto delle normative sulla privacy vigenti e successive; 5 - non creare aspettative infondate o ingiustificati allarmi (soprattutto trattando temi legati alla salute) e segnalare i necessari tempi di ricerche e sperimentazioni prima che una scoperta possa essere applicata; 6 - dare conto di differenti posizioni; 7 - cautela, prudenza ed equilibrio: parole chiave nella gestione di una notizia scientifica; 8 - sostenere nei media il ruolo del giornalista scientifico come mediatore preparato nel garantire l'informazione.

Si tratta di un tassello fondamentale che ha visto in primo piano l'impegno attivo del presidente UGIS ed editorialista scientifico del Corriere della Sera Giovanni Caprara, della sottoscritta vicepresidente UGIS Nadia Grillo (con delega alla comunicazione e ai rapporti con gli Ordini regionali

²⁹ Manifesto di Piacenza integrale nel sito web di UGIS: https://ugis.it/cms/wp-content/uploads/2020/12/UGIS_ManifestoPiacenza_def2018_2020.pdf

dei Giornalisti) e dei membri del Consiglio direttivo UGIS, insieme alla collaborazione del past president dell'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia Romagna Giovanni Rossi. Come UGIS ricorda sempre ai colleghi nei corsi di formazione per giornalisti, per affrontare il mondo della ricerca nelle notizie occorre infatti un'informazione qualificata e verificata: analisi delle fonti, anche internazionali e dare conto dei diversi pareri, evitare il sensazionalismo e segnalando i necessari tempi per ulteriori ricerche e sperimentazioni. La formazione è sempre più necessaria oggi in un cambiamento continuo della professione, non solo per i giornalisti specializzati ma per tutti coloro che nelle redazioni si trovano ad occuparsi di notizie di scienza. Il Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti ha integrato nell'autunno 2020 l'art. 6, sull'informazione scientifica e sanitaria, del *Testo unico dei doveri del giornalista*³⁰ con gli stimoli dati dalle indicazioni elaborate nel Manifesto di Piacenza di UGIS. Il Manifesto di Piacenza ha poi cominciato il suo tour nel 2021 e continua con varie tappe nelle maggiori città italiane da nord a sud coinvolgimento gli Ordini regionali dei Giornalisti e altre realtà nei territori del Paese per continuare un percorso di divulgazione sinergica a tutto tondo. Come spiega Giovanni Caprara nel capitolo “Deontologia nelle notizie scientifiche tra sfide e sinergie” dal volume *Informazione e Pandemia, tra etica, scienza e conoscenza* (Ethosjob, 2021): “Il 22 dicembre 2020 un articolo nell'area delle notizie del sito web dell'Ordine dei Giornalisti nazionale intitolato *Il Consiglio Nazionale ha integrato il Testo Unico dei doveri del giornalista con le indicazioni elaborate nel Manifesto di Piacenza* presentava il risultato raggiunto frutto della collaborazione tra UGIS e OdG nazionale (Bertin & Grillo, 2021). È un passo “storico”. Si può dire che l'impatto del *Manifesto di Piacenza* e delle novità inserite nel *Testo Unico* permettono di parlare ora dell'informazione scientifica e sanitaria come parte integrante del mondo delle notizie nel quale ogni giornalista agisce. Ma c'è ancora molto da fare. L'informazione in genere e quella scientifica in particolare versa infatti da tempo, in Italia, in condizioni critiche, pur avendo maturato in questi anni grandi capacità da parte dei giornalisti, mentre editori e *media* in genere non si sono dimostrati adeguati ai tempi e alle

30 Sito web Ordine dei Giornalisti, Consiglio Nazionale, Testo unico dei doveri del giornalista: <https://www.odg.it/testo-unico-dei-doveri-del-giornalista/24288>

necessità”³¹ Il volume è nato da un progetto di approfondimento a supporto dell’attività professionale dei giornalisti, tra UGIS- Unione Giornalisti Italiani Scientifici e la realtà formativa ed editoriale Ethosjob – Human Caring: una riflessione in corso da tempo amplificata dall’emergenza sanitaria da covid-19, dagli stimoli del Manifesto di Piacenza, dall’art. 6 del *Testo unico dei doveri del giornalista* e da alcuni corsi di formazione per i colleghi in Veneto.³²

Informazione e pandemia, tra etica scienza e conoscenza è curato da Germano Bertin, founder e CEO di Ethosjob, e dalla sottoscritta Nadia Grillo, con i contributi di vari giornalisti, tra cui: diversi giornalisti scientifici UGIS a partire dal presidente UGIS Giovanni Caprara, dai colleghi del consiglio direttivo Alberto Pieri, Eugenio Sorrentino e Cinzia Boschiero, e dal collega Fabrizio S. Bovi; esperti di comunicazione e diritto dell’informazione come Ruben Razzante; presidenti e past president, in carica nel 2021, di alcuni Ordini regionali dei Giornalisti (Emilia Romagna con il past president Giovanni Rossi, Friuli Venezia-Giulia con il presidente Cristiano Degano, Piemonte con il past president Alberto Sinigaglia e Trentino Alto Adige con il past president Mauro Keller). La prefazione è a firma del past president nazionale dell’Ordine dei Giornalisti Carlo Verna, all’ora in carica nel 2021, che ha seguito il percorso del Manifesto di Piacenza e la sinergia con Consiglio Nazionale dell’Ordine dei Giornalisti.³³

Il mondo dell’informazione è cambiato nei decenni e con esso le esigenze di lavoro, il clima socio-politico ed economico, la scienza e le nuove tecnologie che hanno rivoluzionato le modalità e i tempi della professione. In questo contesto la formazione assume un ruolo determinante. Il rinnovo dell’art 6 intitolato ora “Doveri nei confronti dei soggetti deboli. Informazione scientifica e sanitaria” del *Testo unico dei doveri del giornalista*, (novità entrate in vigore dal gennaio 2021), viene raccontato in modo dettagliato in un paragrafo del capitolo di Giovanni Rossi “Comunicare correttamente

31 Sito web Ordine dei Giornalisti, «Il Consiglio Nazionale ha integrato il Testo unico dei doveri del giornalista con le indicazioni elaborate nel Manifesto di Piacenza», articolo del 22.12.2020, Attività Consiglio, Primo piano: <https://www.odg.it/il-consiglio-nazionale-ha-integrato-il-testo-unico-dei-doveri-del-giornalista-con-le-indicazioni-elaborate-nel-manifesto-di-piacenza/38828>

32 Sito web UGIS, area Notizie dai soci UGIS- Libri: <https://ugis.it/cms/informazione-e-pandemia-tra-etica-scienza-e-conoscenza-il-volume-ugis-con-ethosjob-human-caring-a-supporto-della-formazione-dei-giornalisti-ispirato-dal-percorso-del-manifesto-di/>

33 Sito web Ethosjob – Human Caring, scheda del libro *Informazione e pandemia, tra etica scienza e conoscenza*: <https://ethosjob.it/editoria/informazione-e-pandemia-tra-etica-scienza-e-conoscenza/>

tra complessità, rischi e nuovi percorsi”, che accenna anche alla storia delle carte deontologiche. Pure Ruben Razzante affronta il tema nel suo capitolo “Covid-19: diritto all’informazione tra fake news e deontologia dei giornalisti”.

Come ho scritto nel mio capitolo “Giornalismo multidisciplinare: tra metodologie ed equilibri”, quando informa sulle materie scientifiche “il giornalista può essere specializzato o non specializzato. Il giornalista scientifico se ne occupa ogni giorno e regolarmente si aggiorna e studia le novità che riguardano i temi del settore di cui si occupa frequentemente. Il giornalista non specializzato si trova ad occuparsene più in contesti di cronaca, nel momento in cui gli viene affidata la notizia in base a un fatto o a una scoperta recente. Entrambi si trovano ad attingere a un loro *background* multidisciplinare per muoversi nella notizia” (Bertin & Grillo, 2021). Entra in gioco poi in questo “ecosistema di comunicazione” anche il rapporto tra scienziati, giornalisti e pubblico.

UGIS è attivo a collaborare con il mondo della ricerca e gli enti universitari sull’importanza di comunicare in maniera semplice ed efficace ricerche e sperimentazioni alla società. Dopo l’edizione 2022, UGIS continua a collaborare anche nel 2023 ad un progetto dell’Università di Bologna³⁴: un laboratorio per i dottorandi e le dottorande³⁵ intitolato @UniboPER/PhD Storytelling.³⁶

È interessante fare una riflessione sulla multiprofessionalità e transdisciplinarietà: lo scienziato quando inizia un percorso di ricerca non può sapere se il risultato confermerà le sue ipotesi iniziali, inoltre può avere timore a volte di approcciarsi alla stampa per la paura che il focus della sua ricerca non venga compreso o interfacciato correttamente nei media. Il giornalista di base non deve essere ossequioso alla fonte dalla notizia, ma occorre un giusto equilibrio nell’approccio allo scienziato.

Il rapporto tra scienziato e giornalista va analizzato in un’ottica sinergica, come specifico nel capitolo “Giornalismo multidisciplinare: tra metodologie ed equilibri”, in *Informazione e pandemia, tra etica scienza e*

34 Sito web di Ugis, area Ufficio Stampa/Press- Comunicati Stampa: <https://ugis.it/cms/ugis-continua-a-collaborare-con-luniversita-di-bologna-la-seconda-edizione-di-uniboper-phd-storytelling-nella-primavera-2023/>

35 Sito web UGIS, area Laboratorio UGIS-Università di Bologna: <https://ugis.it/cms/laboratorio-ugis-universita-di-bologna/>

36 Sto web Unibo Magazine, «I dottorandi Unibo raccontano la scienza: torna @UniboPER / PhD Storytelling», articolo del 24.03.2023: <https://magazine.unibo.it/archivio/2023/03/24/i-dottorandi-unibo-raccontano-la-scienza-torna-uniboper-phd-storytelling>

conoscenza: “Quando intervista uno scienziato il giornalista si può trovare davanti uno studioso che è anche un bravo divulgatore della sua ricerca: trasforma il gergo tecnico in parole semplici, usa similitudini; arriva al cuore della notizia subito e poi approfondisce; trasmette sia un aspetto razionale che emozionale legato alla sua ricerca. Il giornalista si trova così in un dialogo sinergico che aiuta la buona informazione. Ma lo scienziato può anche non essere un buon divulgatore: riesce a rivolgersi solo a un pubblico di docenti e studenti del suo settore; ha difficoltà a trasformare il gergo tecnico in concetti fruibili a tutti, partendo prima dagli approfondimenti che dal punto focale della ricerca che illustra” (Bertin & Grillo, 2021). Il giornalista, se incontra la seconda situazione, a questo punto ha il compito di creare un’empatia con lo scienziato per portarlo a raccontare il cuore della notizia, fornendogli degli stimoli che lo portino ad illustrare gli obiettivi che sono stati alla base della sua ricerca, anche attraverso il ricordo delle proprie emozioni unite all’aspetto razionale.

Nel paragrafo dedicato a come le buone notizie in ambito scientifico sono attrattive ho sottolineato come “Una scoperta che scaturisce dall’invenzione dell’essere umano ci porta a entusiasmarci come pubblico di fronte a nuovi traguardi che migliorano la qualità della vita nella medicina (es. cure per malattie, innovazioni nella chirurgia o bio-ingegneria), tecnologia informatica, esplorazione spaziale, scoperte sul passato della storia dell’Uomo (dall’*Homo sapiens* a quello di Neanderthal) o della paleontologia (pensiamo ai dinosauri). Queste scoperte portano il pubblico a guardare al futuro con entusiasmo” (Bertin & Grillo, 2021).

Mentre una notizia genera paura se affronta: in ambito medico le malattie gravi, virus / epidemie (come accaduto con covid -19) con conseguenti studi, cure e trial clinici; o i temi di clima e ambiente; fino a scarsità delle risorse idriche e il problema dei rifiuti; per citarne alcuni. Le notizie su questi argomenti sono seguite con apprensione dal pubblico. Sia il ruolo dello scienziato che quello del giornalista diventano fondamentali: dove si rifugia il pubblico se le informazioni che riceve sia dal mondo della scienza che da quello dei media non vengono percepite in modo chiaro, o appaiono contraddittorie? Può rischiare di dare retta a false notizie, teorie del complotto o di fantasia.

Giovanni Caprara, in *Informazione e pandemia, tra etica scienza e conoscenza*, nel suo capitolo “Deontologia nelle notizie scientifiche tra sfide e sinergie” all’interno del paragrafo dedicato ai pericoli delle false notizie, affronta una questione cruciale “Le *fake news* sono in aumento da tempo. In primo luogo ci sono le false notizie legate alla salute e all’alimentazione. Poi di seguito collocherei le notizie ambientali e legate all’energia. Ma non solo. Oggi sono coinvolti anche settori tecnologici, dall’intelligenza artificiale alla robotica, alla genetica”. Caprara riflette anche sulle tipologie di media e sull’autorevolezza delle fonti “Inquieta quanto la diffusione di queste tendenze dilaghi. In questa situazione hanno un ruolo importante i *social network*, uno strumento importante, ma dipende sempre da come si usa: sono preziosi e insostituibili ma possono anche essere molto dannosi. L’unica difesa è verificare chi parla e cercare di capire quale sia la sua credibilità in base alla sua storia professionale per avere garanzia della sua autorevolezza” (Bertin & Grillo, 2021).

Sul tema delle false notizie in un contesto culturale e civile, Giovanni Rossi nel suo capitolo “Comunicare correttamente tra complessità, rischi e nuovi percorsi”, ragiona sul mondo della rete web, dei social e del rapporto con le notizie: “appare chiaro che in generale ci si è approcciati alla scienza più che nel passato. Il problema è che si tratta di una narrazione – quella dei *social* - priva di priorità, dove non esiste una reale gerarchia di rilevanza delle notizie: ovvero, cose irrilevanti hanno lo stesso spazio e la medesima dignità di avvenimenti in realtà rilevanti”. Rossi continua poi specificando “In tema di scienza e di ricerca scientifica, questo approccio costituisce ancora di più un problema serio. Così, verità e menzogna, mezza verità e intera falsità si fondono. Non si distinguono”. Rossi sottolinea che “Il tempo reale non aiuta. Le notizie vanno *digerite*, lavorate, verificate” (Bertin & Grillo, 2021).

Alla luce di tutto ciò oggi occorre sempre di più riflettere sulla necessità di una vera *analisi antropologica dell’informazione scientifica*. Come ho indicato alla fine del mio capitolo “Giornalismo multidisciplinare: tra metodologie ed equilibri”, il punto 3 del *Manifesto di Piacenza* di UGIS ricorda in sintesi che i risultati della ricerca scientifica diventano talvolta materia economica da considerare: “Furio Colombo, in un suo storico libro *Manuale di giornalismo internazionale* (Ed. Laterza, 1995, 1998), scriveva a pag. 103 «Il clima

politico che circonda una ricerca ha molto a che fare con la ricerca stessa». E nell'apertura del capitolo su "La notizia scientifica" afferma a pag. 97 «Spesso l'autorevolezza della fonte e il grado specialistico della notizia impediscono o scoraggiano la verifica. Ma la notizia scientifica *viaggia* nel giornalismo con un immenso *valore aggiunto*». Un pensiero, quello di Furio Colombo, sempre più attuale e che resta nel tempo (Bertin & Grillo, 2021).

Riferimenti bibliografici

Abraham, T. H. (30 Apr 2020). The Macy Conferences on Cybernetics: reconstituting the mind. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.541>

Baldi, S. & Gelstein, E. (2005). Le barriere e le sfide della comunicazione interprofessionale. *Affari Sociali Internazionali*, 4:131-146. <https://baldi.diplomacy.edu/articles/cominterp.pdf>

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Bateson, G. (1984). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.

Baxter, S. K., & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of interprofessional care* 22(3), 239–251.

Caprara, G. (2021). Deontologia nelle notizie scientifiche tra sfide e sinergie. In: Bertin, G & Grillo, N. *Informazione e pandemia: tra etica, scienza e conoscenza*. Padova: Ethosjob – Human Caring. p. 50-109.

Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of medicine and life* 11(2):119.

Foronda, C., MacWilliams, B., McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: an integrative review. *Nurse education in practice* 19:36-40

Gilbert, J. H., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of allied health*. 2010 39:196–7

Gnisci, A. (2001). *Una storia diversa*. Roma: Meltemi.

Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education* 35, p. 867-75.

Liberati, E. G., & Moja, L. (2014). L'ospedale centrato sul paziente è ancora lontano. *Ricerca & Pratica* 30(1):4-11.

Rockström, J. et al. (2009). A safe operating space for humanity. *Nature* 461. p. 472–5. <https://doi.org/10.1038/461472a>

Sena, B. (2017). *Le professioni sanitarie e la sfida dell'interprofessional care: modelli emergenti e fattori critici nel contesto sanitario italiano*. 2017.

Sharma, D. C. et al. (2020). Fighting infodemic: need for robust health journalism in India.

Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews 14(5):1445-47.

Simeoni, I & De Santi, A. M. (2009). Comunicazione in medicina: collaborazione tra professionisti sanitari. Torino: SEED. https://www.seedstm.com/wp-content/uploads/preview/Comunicazione_in_medicina.pdf

The Lancet (2009). What is health? The ability to adapt. Editorial. The Lancet, 373(9666):P781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60456-6)

Tousijn, W. (2015). I rapporti inter-professionali in sanità: dal vecchio al nuovo professionalismo. Salute e società, 3: 44-55. DOI 10.3280/SES2015-003005 44-55.

Truccolo, I. et al. (2019). La circolarità della comunicazione in Sanità. Biblioteche oggi 37:41-8.

Vermeir, P. et al. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. International journal of clinical practice 69(11):1257-67.

Viswanath, K., Ramanadhan, S., & Kontos, E. Z. (2007). Mass media. Macrosocial determinants of population health 275-94.

World Health Organization. (1988). Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach. WHO Technical Report Series, 769:1-72.

World Health Organization. Human Resources for Health. Health Professions Networks - Nursing & Midwifery (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization, Department of Human Resources for Health. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

VERSO UNA INDISCIPLINA RIGOROSA³⁷

David Le Breton

A partire dai primi anatomisti, e soprattutto dopo Vésale, la rappresentazione del corpo non implica più una visione olistica della persona; essa si concentra piuttosto su una dimensione esclusivamente materiale senza più trovare in un cosmo umanizzato il principio della sua visione del mondo. Gli anatomisti distinguono l'uomo dal suo corpo, sezionano i cadaveri esaminando “un bell'esempio di macchina umana” (Marguerite Yourcenar) la cui identità è indifferente (Le Breton, 2021). La base epistemologica della medicina poggia sullo studio rigoroso di un organismo in assenza di gravità, disgiunto dalla persona e percepito come un ricettacolo di malattie. Non è più nemmeno un corpo, ma appunto un organismo. Si tratta di un dualismo metodologico che alimenta ancora oggi le pratiche e le ricerche sviluppate dall'istituzione medica. La persona, separata dal suo corpo, viene così percepita come una estranea con cui il medico deve fare i conti, “detentrica” – più o meno consapevole – di un organismo che risponde a leggi biologiche. La malattia non è percepita né trattata alla luce della storia personale di un paziente che vive in una specifica società e in un tempo dato; essa è bensì descritta come il fallimento anonimo di una funzione o di un organo. Il paziente stesso pare esserne colpito quasi di riflesso, senza esserne direttamente coinvolto se non nei termini di una responsabilità connessa ad abitudini alimentari, allo stile di vita, al consumo di alcol, al fumo o altri fattori comprensibili attraverso medie epidemiologiche. La medicina ignora strutturalmente la profondità della persona, il suo percorso personale, il suo contesto familiare o relazionale, la sua angoscia, per considerare essenzialmente il “meccanismo corporeo” che si mostra all'esame dei professionisti sanitari attraverso tecniche diagnostiche di imaging avanzato.

In questa rappresentazione la malattia è una intrusa originata da una serie di causalità meccaniche. Nell'elaborazione progressiva delle sue

³⁷ Traduzione in Italiano a cura di Chiara Moretti del testo originale in lingua francese: *Pour une indisciplinè rigoureuse*.

conoscenze e del suo *savoir-faire*, la medicina ha trascurato (e continua a trascurare) il soggetto e la sua storia, il suo ambiente sociale, il suo rapporto con il desiderio, con la paura e con la morte così come spesso ignora il significato della malattia per concentrarsi, al contrario, su una sofisticata macchina biologica, un'ingegneria biologica che si manifesta in molteplici forme. Essa si basa cioè su un'antropologia residuale. Si tratta di un sapere anatomico e fisiologico elevato al suo estremo grado di raffinatezza dall'iperspecializzazione delle conoscenze intorno a certe funzioni o a certi organi, o dall'uso di nuove tecnologie di imaging, o ancora dal ricorso a mezzi sempre più tecnologici e a sistemi computerizzati di supporto per l'elaborazione delle diagnosi; elementi, questi e altri, che rispondono a logiche mediche che stanno oggi raggiungendo il loro livello più elevato di compimento.

Un corpo, già distinto dalla persona, è ora frammentato all'estremo dalla molteplicità delle specializzazioni biomediche praticate nei vari reparti ospedalieri. Tuttavia, questa parcellizzazione non sempre favorisce la cura; allo stesso modo, una visione puramente organicistica della malattia conduce il paziente a mettersi passivamente nelle mani del professionista sanitario in attesa che il trattamento prescritto faccia effetto. La malattia è qualcosa di diverso da lui, il suo sforzo per guarire, la sua collaborazione attiva non vengono così stimolati. Il paziente non è mai incoraggiato a interrogarsi sul significato intimo della propria malattia, né ad assumersi la responsabilità di se stesso. Gli si chiede di essere "paziente", di seguire le raccomandazioni del medico, di assumere i farmaci e di attendere gli effetti.

I movimenti fisiologici e le loro origini anatomo-funzionali sono per il medico comprensibili alla luce del funzionamento di una macchina biologica complessa. Conoscere il processo nosologico e le reazioni dell'organismo sarebbe così sufficiente per contrastare la malattia percepita come un'entità estranea. Da qui la descrizione che torna nel corso della storia di una "medicina veterinaria" che non ha nulla a che vedere con l'umano tanto è ipnotizzata dal biologico. La forza di questa rappresentazione è sensibilmente moderata dallo stile individuale dello specialista o dal ricorso, che per lungo tempo ha prevalso, al medico di famiglia (oggi al medico di base) che conosce la storia del suo paziente, le sue abitudini, il suo contesto psicologico e relazionale, e include

intuitivamente questi e altri dati nella valutazione delle cause di malattia o delle tecniche stesse di guarigione da impiegare. In questo rapporto personalizzato, dove la conoscenza è al servizio dell'intuizione, il medico non è un tecnico o un semplice esperto del corpo umano, non è l'equivalente di un terminale per computer. Se ha l'abilità e la sensibilità necessarie, è in grado di arrivare al paziente superando le barriere erette dai suoi sintomi e lamenti. In questo modo egli non cura più l'organo malato bensì l'individuo sofferente tenendo conto che quest'ultimo è immerso in una cultura propria (rappresentazioni, valori, ecc.), che vive una precisa condizione sociale (stile di vita, ecc.) e relazionale (coppia, famiglia, ecc.) senza tralasciare una singolarità che non può essere ridotta all'una o all'altra di queste componenti perché la loro interazione non esaurisce ciò che il paziente è come individuo, condizionato da una storia e psicologia proprie. Anche il professionista della salute rappresenta, a sua volta, una singolarità; uomo o donna che sia, è immerso/a in una cultura (quella medica e quella individuale derivante della sua formazione), in una condizione sociale, in un contesto relazionale, con una psicologia e una storia altrettanto proprie. Contro la tentazione di imporre la propria visione del mondo, fedele in questo allo zelo apostolico denunciato da Balint (Balint, 1966), è importante che egli/ella tratti il suo paziente con un sentimento condiviso di pari dignità e di reciproca conoscenza e riconoscimento.

Sulla scia dell'opera di M. Balint, che ha analizzato proprio le carenze nella relazione terapeutica, molti medici stanno riscoprendo l'importanza di un confronto approfondito con il paziente, la necessità di un dialogo e di un coinvolgimento, così come la possibilità di far ricorso ad altre forme di conoscenza provenienti dalle scienze umane e sociali. Sono consapevoli che la persona malata è un uomo o una donna che soffre nella sua vita prima ancora di soffrire nella sua carne. Contestualmente, i pazienti rifiutano di assumere una posizione passiva per diventare progressivamente attori della propria cura. Le associazioni di malati svolgono un ruolo sempre più decisivo nell'incitare o forzare gli interventi, esercitando pressioni sulla ricerca. Allo stesso modo, i pazienti e i loro familiari consultano regolarmente i siti internet per informarsi sulle ultime terapie o per raccogliere le testimonianze di altri pazienti. Ciò di cui prima si parlava con toni sommessi in sala d'attesa, ora viene discusso nello

spazio infinito della rete. Il medico è quindi costretto a confrontarsi con la riflessività del paziente per ciò che concerne i trattamenti prescritti.

In che modo il medico può incontrare il paziente che si nasconde dietro ai suoi gemiti per agire più in profondità senza ignorare la sua singolarità o quella del suo entourage, né il significato della sofferenza espresso al di là della manifestazione dei sintomi?

Essere cioè in grado di percepire dove si alimenta il gusto per la vita di un uomo o di una donna colpiti da malattia e di rintracciare come un farmaco o un intervento chirurgico poco adeguati – perché prescritto, nel primo caso, o eseguito, nel secondo, senza considerare i dettagli personali – possano distruggere il rapporto che tale singola persona intrattiene con il mondo. Beneficiando della fiducia del paziente, il medico è in grado di alimentare un dialogo, di dichiarare la gravità o la banalità di un disturbo, di considerare e valutare le conseguenze della terapia rispetto a specifiche abitudini di vita, di mostrare e far accettare i compromessi richiesti per ristabilire uno stato di salute, di consigliare la famiglia, di prevenire i rischi per la salute indotti da certi stili di vita. Ogni malattia produce una onda d'urto che non solo stravolge la vita del paziente ma anche, a seconda delle circostanze, il tessuto delle relazioni amicali, professionali e familiari, impatta persino sullo stato emotivo dei figli con ricadute sulla loro formazione o scolarizzazione, e questo indipendentemente dall'assistenza e dalle cure che sono fornite³⁸. In sintesi, la malattia non è di pertinenza esclusivamente medica, anche se il medico è il primo interlocutore, il primo compagno di viaggio.

Un'arte della clinica

Se in una prima fase il sapere medico separa l'organismo dalla persona, in una seconda il compito della clinica è proprio quello di recuperare un'unità prendendo in considerazione un racconto e una specifica storia di vita. La clinica mira ad adattare una conoscenza generale e universale a un caso particolare, raffronta il calcolo delle probabilità con una singolarità, implica un confronto con l'incertezza e per questa ragione le conoscenze delle scienze umane e sociali sono essenziali. Anche se elabora leggi generali, la pratica

³⁸ È questo per esempio il caso del dolore cronico, cfr. David Le Breton, *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*, Paris, Métailié, 2015; Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, Pisa, ETS, 2019.

medica deve cercare di non attribuire ai meccanismi fisiologici o genetici il ruolo di sostituti della persona. Quest'ultima va sempre oltre la sua fisiologia perché è prima di tutto una creazione e una creatrice di senso, e questo aspetto, che nutre la qualità del rapporto con il mondo e arricchisce la storia di vita, è la materia prima delle scienze umane e sociali. Distanziando l'organismo dalla singolarità del paziente, il sapere medico non vede più il volto della persona né ascolta i suoi lamenti ma contempla, al contrario, gli arcani di una fisiologia indifferente. "Se vogliamo definire la malattia", citando René Leriche, "dobbiamo disumanizzarla", ma questo passaggio viene compiuto in linea di principio solo all'inizio. Il compito della clinica è proprio quello di recuperare l'unità della persona come corpo intero. «Il mio medico è colui che solitamente accetta che lo istruisca su ciò che, solo io, ho il diritto di dirgli, cioè ciò che il mio corpo mi comunica attraverso sintomi il cui significato al momento non mi è chiaro. Il mio medico è colui che accetta che io lo consideri un esegeta prima ancora di considerarlo come un tecnico riparatore» (Canguilhem, 2002). L'arte della clinica consiste proprio nel confrontare i dati segmentati e raccolti attraverso esami per mezzo della diagnostica per immagini con la singolarità del paziente, con la sua storia di vita, la visione personale dei suoi disturbi, per immaginare un trattamento che sia esso stesso personalizzato.

La consultazione specialistica implica una traduzione reciproca, una negoziazione informale guidata da un medico che deve elaborare le informazioni che riesce a ottenere da un cliente più o meno collaborativo, la cui esperienza di malattia è tuttavia intima e personale, e che dunque cerca di attingere alle proprie conoscenze mediche per giungere a una diagnosi e identificare un trattamento che siano adeguati alla luce del contesto. Se il medico è in principio un esperto di biologia, il paziente è il primo esperto della propria esistenza. G. Canguilhem ci ricorda: "È poiché esistono persone che si sentono malate, o che potrebbero percepirsi tali, che si parla di malattia, che esiste un sapere semiologico e clinico e, in definitiva, un sapere relativo alla patologia" (Canguilhem, 1966). Il paziente non è né sotto tutela né subordinato a un potere bensì ha una propria autorità che potrebbe tuttavia ridimensionarsi di fronte a un atteggiamento di comprensione da parte del medico che non si sottrae al suo ruolo e alle sue responsabilità.

Un dialogo tra discipline

L'esempio del dolore cronico mostra la radicale impossibilità di comprendere e trattare la sofferenza di un individuo concentrandosi solo sul suo organismo biologico, disinteressandosi così alle sue parole e alla sua storia. A volte il dolore ha persino la funzione di proteggere il paziente da una sofferenza di tipo morale che è stata censurata a monte. Paradossalmente il dolore può infatti avere, in alcuni casi, un effetto anti-sofferenza (Le Breton, 2014); così per alcuni pazienti può configurarsi come un tentativo per restare in vita, per salvaguardare qualcosa di sé che rischia di rompersi. Il dolore non è allora tanto un deficit ma diventa piuttosto un mezzo utile per riorganizzare il rapporto tra individuo, storia personale e contesto circostante. La salute testimonia la capacità di affrontare grandi cambiamenti, di risollevarsi e di lasciarsi influenzare il meno possibile dalla situazione. La ricerca esclusivamente organica non porta a nulla quando il dolore è radicato da mesi o anni. L'eccesso di conoscenza a volte funge da barriera, rendendo il professionista sanitario indifferente a ciò che comunque si impone costantemente all'osservazione: rigidi codici di lettura lo imprigionano impedendogli di vedere altro. Un sapere "scientifico" privo di consapevolezza critica e cieco di fronte alla banale constatazione ha portato per lungo tempo i medici a negare che il bambino "soffra" malgrado ciò che si manifestava sotto i loro occhi, o nonostante, per esempio, le innumerevoli testimonianze di uomini o donne traumatizzati dall'asportazione delle tonsille in assenza di sedazione. L'incapacità di ascolto del medico, ossessionato dalla caccia all'organicità, lo rende spesso poco attento al paziente e alla sua sofferenza; questa viene liquidata come una soggettività trascurabile, o come un elemento che non pertiene alle sue competenze e conoscenze. La dissociazione tra corpo e psiche conduce così a non comprendere del tutto il disturbo.

Le ragioni dell'attuale impasse nel campo del dolore cronico, ad esempio, sono in parte dovute al ricorso a un paradigma medico ossessionato dalla convinzione di curare solo l'organismo. Questo fallimento dovrebbe incitare i medici a porsi altre domande, a inventare concetti e modelli di comprensione del paziente innovativi, evitando di rimanere ancorati a un approccio esclusivamente

neurofisiologico che mostra costantemente la sua inefficacia. Come stabilire un dialogo che abbia un effetto sul paziente mobilitando l'antropologia, la sociologia, la psicoanalisi, la psicologia, la psichiatria o la filosofia? Come mescolare saperi e voci garantendo il rigore della riflessione, e come tener simultaneamente conto delle dimensioni biologiche, psichiche, sociali e relazionali senza perdere di vista la loro interazione? Le scienze sociali non possono circoscrivere l'indagine sul dolore limitandosi ad analizzare esclusivamente gli elementi sociali, culturali e relazionali; le scienze psicologiche non possono focalizzarsi solo sulla relazione tra dolore e inconscio, così come la medicina non può più ridurre il paziente al suo organismo. Come istituire e garantire un percorso accurato e metodico che fornisca al medico una cassetta degli attrezzi rinnovata, in cui sia solo il volto del paziente a suggerire quali siano volta in volta gli strumenti più appropriati da utilizzare? Un tale approccio implica l'umiltà di professionisti e ricercatori che accettano di essere uno accanto all'altro condividendo la stessa curiosità e passione nel comprendere i fatti nella loro ambivalenza e complessità. Questo sarebbe il compito di un'indisciplina rigorosa (Simonnet, Laurent, & Breton, 2018).

Il sapere medico, come tutti i saperi, non è il riflesso o la trasposizione di una realtà messa così in mostra o oggettivata, bensì esso costruisce il reale, lo fabbrica a sua insaputa. È il sapere di un'epoca, non dell'eternità. Per quanto rigoroso e distaccato possa essere, il professionista sanitario che raccoglie e interpreta i dati è pur sempre una persona immersa in una società o in una cultura, non sfugge alla storia; ed è per questa ragione che non può esistere una percezione immacolata o una innocenza e neutralità nello sguardo di chi pratica la medicina. Oggi, inoltre, le nostre città testimoniano la presenza di numerosi operatori che lavorano partendo da altri paradigmi – diversi da quello proprio alla medicina “ufficiale” appresa e validata dai percorsi universitari – capaci di elaborare rappresentazioni della persona, del corpo, della malattia o dei trattamenti che mobilitano vari registri. Se ampliamo ancora di più il discorso notiamo che esistono innumerevoli medicine popolari o tradizionali che vengono ancora oggi praticate in tutto il mondo e che ricevono consenso da parte di un vasto pubblico che ne riconosce pienamente l'efficacia (Le Breton, 2021). Molti approcci terapeutici cercano di superare il dualismo che rende il corpo

l'unico oggetto di attenzione medica per porre così al centro la singolarità del paziente. Un vecchio articolo di Engel (Engel, 1977) sostiene la necessità di un approccio biologico, psicologico, sociale e interpersonale nella gestione del dolore, mirato a recuperare l'unità della persona. Spesso all'interno dei centri per il trattamento del dolore viene riconosciuto il fallimento del paradigma organicista e vengono utilizzati approcci multidisciplinari capaci di tener conto delle diverse dimensioni che plasmano l'esperienza di sofferenza dei pazienti.

Una parte illuminata della letteratura medica abbonda di appelli alla sensibilità del medico sottolineando la necessità di comprendere il paziente che si nasconde dietro le sue patologie. Tuttavia chiunque conosca l'ospedale o frequenti i medici sa quanto sia ambigua e problematica tale questione, talvolta percepita come non scientifica, o comunque non valutabile e arbitraria. Il dibattito in questo senso serpeggia nel mondo medico. La curiosità verso le scienze umane è evidente da anni ma molti medici sono sempre più determinati a trincerarsi dietro le loro conoscenze "scientifiche".

Il contributo delle scienze umane e sociali alla pratica medica è multiforme e accresce la sensibilità e la riflessività del professionista sanitario. Lo fa, in primo luogo, proponendo una decostruzione delle rappresentazioni su cui la medicina fonda il suo approccio ricordandone la storia, oppure una diversione antropologica che permette di osservare come in altri sistemi sociali e culturali le stesse evidenze sono pensate in modo diverso, restando a volte addirittura inaccessibili (Le Breton, 2021). Questo lavoro sui significati e sulle significazioni dovrebbe destare stupore e curiosità, scoraggiando giudizi di valore affrettati, a volte sprezzanti, su pazienti che sono sempre portatori di altre visioni del mondo e di diverse interpretazioni circa i loro disturbi. Nel corso della storia i medici si sono spesso resi ridicoli ergendosi a "imprenditori morali" (Becker, 1985)³⁹. Le discipline del pensiero contribuiscono a formare uno sguardo, incoraggiano la comprensione senza moralizzare né le forme di resistenza dei pazienti verso un determinato farmaco, né le infatuazioni che li spingono verso il ricorso ad altri professionisti ecc. Aprono alla consapevolezza della pluralità dei mondi che, in definitiva, altro non sono che

39 Howard Becker, *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985.

sistemi differenziati di senso, sostenendo immancabilmente che c'è bisogno di tutti gli elementi per costruire una totalità. Mostrano, inoltre, ai professionisti quanto sia importante non abbattersi di fronte al disappunto o alle delusioni che scaturiscono dalle risposte dei pazienti.

Le scienze umane e sociali ci ricordano che il paziente non è semplicemente un insieme di organi e funzioni fisiologiche ma un soggetto sofferente, immerso in una condizione sociale e culturale: un uomo o una donna, un bambino o un anziano, portatore di valori, con una storia personale e in una relazione affettiva con la realtà che lo circonda; senza trascurare la dimensione immaginaria che contraddistingue il suo rapporto con il mondo, né tantomeno quella relativa all'inconscio che è proprio ciò che, alle volte, determina una sorta di riluttanza verso la guarigione stessa a discapito della volontà del paziente. Nel linguaggio anglosassone, la malattia contempla tre definizioni: *Illness*, esprime il vissuto intimo della malattia plasmato dal modo in cui il soggetto se ne riappropria – attraverso il suo sistema aperto di significati, le sue proprie percezioni, speranze e paure – e dalle relazioni familiari o amicali che si generano attorno a tale esperienza. *Sickness* costituisce il versante sociale e culturale attorno ai processi di salute/malattia. *Disease*, che è al centro della formazione medica, esclude le altre due dimensioni che, tuttavia, la compenetrano. Le scienze umane e sociali mirano ad approfondire le prime due dimensioni ponendole sotto l'egida dell'ultima: il compito è quello di coniugare la storia di vita del paziente con le sue caratteristiche anatomiche e fisiologiche. Per questa ragione la medicina è sia un'arte sia una scienza applicata che si avvale di conoscenze molteplici, diverse da quelle solo ed esclusivamente biologiche; deve tuttavia farlo con rigore applicando conoscenze che esulano dal suo registro tradizionale.

Riferimenti bibliografici

Balint, M. (1966). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot.

Becker, H. (1985). *Outsiders*. Paris: Métailié.

Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.

Engel G. L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Le Breton, D. (2017) *Tenir: douleur chronique et réinvention de soi*. Paris: Métailié.

Moretti, C. (2019). *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*. Pisa: ETS.

Le Breton, D. (2014). *Esperienze del dolore: fra distruzione e rinascita*. Milano: Raffaello

Cortina. Le Breton, D. (2021). *Antropologia del corpo*. Roma: Meltemi.

Simonnet, G., Laurent, B., & Le Breton, D. (2018). *L'homme douloureux*. Paris: Odile Jacob.

I SAPERI DEL PAZIENTE PER LA TRANSDISCIPLINARITA'

Chiara Moretti

Introduzione

In questo contributo analizzo il ruolo dei saperi del paziente nella relazione terapeutica e la loro centralità per lo sviluppo di un approccio transdisciplinare alla salute, alla malattia e alla cura.

Per “saperi” intendo qui l’insieme delle conoscenze e delle acquisizioni che derivano dall’esperienza viva di malattia, una sapienza che permette non solo di rendere quest’ultima *pensabile* e di reagire così all’attacco ontologico (Garro, 1992) che essa rappresenta, ma anche di individuare rimedi e strategie efficaci per arginare le sue conseguenze e ridurre il suo impatto nella quotidianità. Si tratta di saperi spesso esclusi dall’orizzonte culturale della biomedicina, ossia della medicina occidentale tecnologicamente avanzata: considerati come inesperti, non tecnici, “profani” o appartenenti alla “credenza” piuttosto che alla scienza (Napier et al., 2014), essi non trovano uno spazio di legittimità all’interno della relazione clinica. Eppure queste conoscenze sono insostituibili al fine di potenziare il dialogo tra pazienti e operatori sanitari, garantire una maggiore comprensione dell’evoluzione stessa degli stati patologici e calibrare gli interventi terapeutici rendendoli più efficaci; esse si rivelano in questo senso essenziali per lo sviluppo di un “pensiero complesso” (Morin, 2005) e di un approccio transdisciplinare mirato a promuovere la salute, se con quest’ultimo non intendiamo soltanto un confronto e una integrazione tra prospettive accademiche o riferimenti concettuali metodologici e disciplinari tra loro distanti bensì un modello conoscitivo capace di porre in dialogo le possibili conoscenze e competenze, incluse dunque anche quelle del paziente, con lo scopo di creare una nuova forma di sapere sui processi di salute/malattia.

Nei prossimi paragrafi entro nello specifico di tali questioni. Illustrerò alcuni elementi che hanno caratterizzato lo sviluppo della visione

della medicina moderna sugli stati patologici, e che risultano essere tuttora fondamentali per la comprensione di tali fenomeni tanto da contraddistinguere fortemente le modalità di trasmissione dell'attuale sapere biomedico. Mi soffermerò successivamente su questioni che possono emergere dal confronto tra prospettive, letture e aspettative diverse, ossia quelle del paziente e del professionista sanitario, e che spesso prendono vita all'interno degli spazi clinici andando a minare gli esiti della relazione terapeutica, per indagare, infine, alcuni elementi connessi a un possibile ripensamento della cura e dell'assistenza. Tra questi elementi vi è, in primo luogo, la necessità di porre maggiormente in dialogo le conoscenze e le competenze del paziente con quelle del professionista sanitario al fine di trasformare l'incontro terapeutico in una pratica partecipativa e intersoggettiva che consenta di ricostruire in maniera congiunta la malattia. Ciò è possibile partendo dal presupposto che il sapere biomedico, prettamente tecnico e specialistico, non sia affatto sufficiente a garantire in sé una compiuta ed esauriente comprensione del *male* di cui il paziente è affetto; definendo e inquadrando quest'ultimo considerando esclusivamente le dimensioni biologiche e anatomiche che lo determinano, tale sapere esclude infatti gli ulteriori elementi connessi al vissuto individuale e a una dimensione prettamente esperienziale del paziente e che risultano essere, tuttavia, centrali al fine di analizzare, comprendere e trattare la malattia nella sua complessità, ossia come un fenomeno multidimensionale, che colpisce la persona e non solo il suo organismo. Questi fattori possono essere indagati e ricostruiti solo reintegrando la prospettiva del paziente nei processi conoscitivi, diagnostici e terapeutici andando in questo modo a livellare l'asimmetria tra rappresentazioni, posizioni e poteri che spesso caratterizza la relazione di cura.

Macchine anatomiche

La nostra medicina tende a considerare il paziente (dal latino *petiens* participio presente di *pātīo* ossia pazientare, accettare, resistere, patire) come un'entità che subisce una serie di azioni, che è cioè passivamente coinvolta in interventi tecnici messi in atto da soggetti agenti esperti, ossia i professionisti sanitari. *Pazientare* è infatti ciò che gli viene richiesto: tollerare o essere

disposto a una rassegnata sopportazione, stare in un'attesa accettando la propria situazione e cercando di reagire alla malattia. Posto in tale condizione, al paziente viene anche chiesto di fidarsi dei professionisti, di affidarsi a loro e di essere collaborativo, di seguire cioè le indicazioni fornite e di mostrarsi così responsabile del miglioramento del proprio stato fisico. Essere responsabili presuppone, tuttavia, una certa *agency*, una capacità e possibilità di azione, elemento questo che spesso si scontra con quella che vuole essere una gestione monopolistica della malattia da parte della biomedicina che trasforma tale fenomeno in un "problema" di pertinenza esclusivamente specialistica.

Il misconoscimento dei saperi, delle conoscenze e delle competenze dei pazienti è alimentato da una serie di fattori, primo tra tutti da come vengono rappresentati in biomedicina il corpo umano (il suo funzionamento) e la malattia, oltre che da una concezione specifica del tipo di conoscenze che si ritengono più appropriate per comprenderli. È importante qui primariamente evidenziare come la medicina occidentale osserva e interviene sugli *organismi* e non sui *corpi*, se con corpo si intende il luogo deputato all'esperienza, il primo strumento attraverso cui la persona interagisce con il mondo (Pizza, 2005), luogo di scambio simbolico e di comunicazione interpersonale e sociale. Ne consegue che la malattia stessa "accade" in una macchina anatomica, in un corpo depersonalizzato ossia in un insieme di organi, cellule e tessuti da osservare, esplorare e su cui intervenire. Essa è pertanto considerata come un fenomeno *universale* che può potenzialmente colpire indistintamente gli organismi nella loro dimensione squisitamente biologica e fisiologica; la sua origine, la sua evoluzione, la sua fine e il conseguenziale ristabilimento di uno stato di salute si pongono così come processi che avvengono al di sopra di possibili variabili o specificità individuali. Tale epistemologia biomedica trova una sua specifica origine e giustificazione in ciò che Foucault (1969) ha definito appunto essere lo "sguardo medico", ossia uno sguardo che si sviluppa nella medicina moderna a partire della seconda metà del Settecento grazie a uno slittamento da un paradigma umorale a uno organico; quest'ultimo ha determinato un cambiamento radicale nelle modalità di analizzare gli stati patologici: se infatti prima di allora la malattia veniva ricostruita e indagata attraverso il racconto dei sintomi da parte del paziente che si rivolgeva al

medico poiché si “sentiva” colpito da una qualche forma di malessere, le nuove conoscenze sviluppate soprattutto nel campo dell’anatomia patologica hanno consentito alla medicina di analizzare le malattie come fenomeni oggettivi causati da un danno o da una lesione presente e rintracciabile in un organismo governato da specifici meccanismi biologici. Questa tipologia di sguardo, pur permettendo alla scienza medica di sviluppare conoscenze sempre più tecniche e specialistiche, non riconosce negli elementi rintracciabili al di fuori del funzionamento anatomico dell’organismo (per esempio i significati attribuiti alla sofferenza, le relazioni sociali o gli accadimenti e gli eventi che la persona malata vive e che possono agire su un piano tanto emotivo quanto cognitivo) dei fattori che potenzialmente svolgono un ruolo nei processi di aggravamento o miglioramento dei quadri sintomatologici.

Intesa come un’alterazione visibile, quantificabile e misurabile, classificata e denominata per mezzo di specifiche etichette nosologiche e “gestita” per mezzo di interventi sempre più tecnici, la malattia emerge come una mera deviazione da parametri di riferimento che tracciano oggettivamente una linea tra ciò che è normale e ciò che è patologico in base a segni e sintomi interpretati da una prospettiva distaccata, neutrale ma soprattutto *esperta*, ossia quella del professionista sanitario. A differenza delle conoscenze dei pazienti derivate da una convivenza prolungata con la malattia, i saperi che i professionisti sviluppano derivano da un’esperienza clinica maturata nel tempo ma soprattutto dall’acquisizione di specifiche nozioni nel corso degli aggiornamenti formativi che caratterizzano il loro percorso lavorativo e, ancora prima, durante studi universitari. Sono proprio tali studi che consentono ai futuri medici di accrescere la propria conoscenza *modificando*, al contempo, il proprio sguardo dapprima sul corpo e successivamente su ciò che all’organismo accade quando questo si ammala.

Come mostrato dalle ricerche antropologiche condotte da Emmanuelle Godeau (1998), e da Byron Good e Mary-Jo Del Vecchio Good (1993, 1994), la prima con gli studenti di medicina dell’Università di Tolosa in Francia, la seconda con quelli dell’Università di Harvard negli Stati Uniti, i futuri medici in formazione fanno ingresso in “mondo nuovo” fatto di esperienze di apprendimento che consentono loro di reinventare simbolicamente il corpo

trasformandolo in una “cosa”. In particolare, attraverso l’analisi di colloqui etnografici svolti con gli studenti, Emmanuelle Godeau ha mostrato come il corpo stesso del futuro medico diventi la prima tavola anatomica vivente su cui sperimentare il sapere che via via si apprende, un corpo da conoscere certamente ma anche da “ricostruire” durante il percorso di apprendistato. Questa ricostruzione pare articolarsi in tre fasi: durante la prima, lo studente inizia a oggettivare il proprio corpo attraverso le nozioni acquisite durante gli studi e per mezzo delle prime esperienze di tirocinio svolte in ospedale. La seconda fase prevede uno stato liminale: si vive un’esperienza corporea di inquietudine e di paura temendo di contrarre le patologie che vengono studiate a causa di un corpo imperfetto, che è dunque «fuori dalla norma una volta messo alla prova con quei nuovi strumenti che gli studenti stanno acquisendo» (Godeau, 1998, p. 11), che non corrisponde cioè a un ideale di salute/normalità così come descritto nei manuali e nei testi scientifici consultati. Superata tale fase e con essa le prove a cui l’acquisizione del sapere biomedico espone, gli apprendisti in formazione iniziano a sviluppare un sentimento di superiorità di fronte alla malattia, come se per mezzo delle loro stesse competenze professionali quest’ultima non possa più colpirli davvero, come se le nozioni apprese e la frequentazione teorica con la malattia conferisca loro una protezione simbolica che li rende corpi in salute, particolarmente immuni. Il percorso di acquisizione della competenza medica si configura così come un processo di incorporazione e naturalizzazione del sapere: tale processo non solo produce una nuova immagine del proprio corpo ma costruisce lentamente anche l’immagine del corpo dei futuri pazienti, trasformandolo in *materia* e iniziando a rafforzare quella stessa distanza che successivamente vi sarà tra i due corpi, ossia quello del professionista sanitario e quello del paziente.

Ripercorrendo l’indagine di Byron Good e Mary-Jo Del Vecchio Good, la trasformazione del corpo in *organismo* avviene e si consolida anche attraverso lo sviluppo di nuove capacità da parte dello studente in formazione, capacità nei fatti ritenute essenziali per poter partecipare alla realtà medica; tra queste, il *vedere*, cioè saper osservare un corpo che differisce totalmente da quelli con cui si interagisce tutti i giorni poiché analizzato e ricostruito ex novo attraverso le lezioni di istologia, biologia e fisiologia, o «osservato attraverso

il microscopio, penetrato fisicamente nei laboratori di anatomia, visto con straordinaria chiarezza grazie alla moderna diagnostica per immagini, o presentato da illustri scienziati – viene rivelato in infiniti dettagli, e su più livelli» (Good, 2006, p. 112). Se sviluppare questo nuovo sguardo sul corpo è fondamentale durante i primi anni di formazione, nel corso della successiva esperienza di tirocinio clinico gli studenti acquisiscono nuove abilità che riguardano questa volta la capacità di *scrivere* e di *parlare*. Saper scrivere equivale a essere in grado di elaborare documenti che restano come per esempio i referti e le cartelle cliniche; si tratta di una tipologia di scrittura che “trasforma” testualmente il paziente in un progetto su cui lavorare e che, al contempo, riveste di autorità lo studente poiché gli permette di apprendere specifici codici linguistici attraverso cui iniziare a condividere informazioni con altri professionisti sanitari. Anche il parlare assume una sua centralità nel percorso formativo; comunicare in ambito clinico significa soprattutto discutere casi, riuscire a organizzare cronologicamente la storia del paziente, saper individuare il nocciolo della questione per presentarlo in modo chiaro e persuasivo attingendo alle nozioni biomediche apprese circa i meccanismi eziologici della malattia, le modalità diagnostiche da seguire e le possibili terapie da impiegare. Come nel caso della scrittura, argomentare il “caso” permette di condividere un linguaggio con gli altri operatori sanitari, trasformando in questo modo il paziente nel *luogo* della sua malattia, ricostruendo dunque non tanto la storia della persona bensì l’evoluzione di una patologia localizzata nelle lesioni dei tessuti o in una fisiologia alterata.

I processi di oggettivazione del corpo, della malattia e del paziente certamente non caratterizzano soltanto le modalità di trasmissione del sapere biomedico etnografate dalle indagini antropologiche a cui si è accennato; essi al contrario strutturano in modalità sempre più capillari l’attuale formazione dei medici (e di altri professionisti/operatori sanitari quali infermieri, fisioterapisti, radiologi, psicologi ecc) a prescindere dai contesti nazionali o locali, consentendo in questo modo l’avanzamento e la riproduzione di una specifica tipologia di sapere, ossia un sapere di precisione, altamente specializzato, basato sull’evidenza, teso a indagare la *verità* degli organi e quella delle malattie

(Foucault, 1963) attraverso mezzi e tecnologie sempre più all'avanguardia.⁴⁰ Un rapido sguardo ai programmi previsti dalle principali facoltà italiane permette di constatare come i corsi di laurea in medicina e chirurgia non si discostino di molto da quelli, ad esempio, francesi o statunitensi; il primo e il secondo anno sono infatti caratterizzati da materie quali biologia molecolare, chimica e fisica medica, genetica, embriologia e istologia, anatomia e fisiologia, biochimica, microbiologia e patologia generale per poi passare, durante il terzo anno, allo studio della farmacologia, della fisiopatologia, della semeiotica e della metodologia clinica/chirurgica. Il quarto, quinto e sesto anno sono poi contraddistinti da insegnamenti che riflettono, e rafforzano, via via uno specialismo: si studiano le malattie del testo-collo, dell'apparato locomotore, digerente, urinario, le patologie endocrine, metaboliche, ematologiche, respiratorie e cardiovascolari, le patologie neoplastiche, infettive, psichiatriche, per poi passare a insegnamenti quali neurologia, clinica chirurgica generale, medicina di laboratorio, ginecologia e ostetricia, reumatologia, medicina d'urgenza e così via.

L'impostazione del percorso formativo dei futuri medici – che consente di «studiare durante i primi due anni di medicina un corpo perfetto per poi successivamente vedere quanto possa fare schifo perché è debole»⁴¹ – è teso a tramandare specifiche conoscenze non solo tramite le lezioni frontali ma anche per mezzo di laboratori, esercitazioni o ulteriori percorsi pratici mirati all'acquisizione di competenze estremamente peculiari; queste sono tuttavia garantite da un processo analitico di “spezzettamento” del corpo in parti diverse da ricostruire nei minimi dettagli, ovvero da una sua *astrazione*. Tale processo se da una parte consentirà lo sviluppo di un approccio da professionista abile, esperto e specializzato – certamente raffinabile nel tempo ma in sé considerato *esaustivo* per comprendere e trattare le malattie dei futuri pazienti –, dall'altra è ciò che renderà poi complesso il confronto con i corpi reali e tangibili dei pazienti, corpi *pensanti* le cui conoscenze e competenze saranno così escluse dalle prassi operative che normalmente animano gli spazi di cura.

40 Si tratta di tecnologie il cui sviluppo è oggi inoltre favorito dalle innovazioni nell'ambito dell'intelligenza artificiale, della realtà virtuale e aumentata, della digitalizzazione e della robotica che stanno conducendo la medicina “del futuro” verso una radicale riformulazione delle conoscenze, delle pratiche e degli interventi che indubbiamente avranno sempre più un impatto sui percorsi di prevenzione, cura e assistenza.

41 Cito qui la frase di uno studente di medicina al terzo anno, frequentante del corso elettivo di Antropologia medica da me tenuto durante l'Anno Accademico 22/23 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Corpi viventi

Se un corpo, o una sua parte, è mai stato persona, continuerà a esserlo in ogni condizione; se, invece, a un certo momento è diventato cosa, vuol dire che lo era fin dall'inizio. (Esposito, 2014, p. 76)

Corpo cadavere dell'anatomia, corpo materia della chirurgia, corpo virtuale nella genetica, individuale eppure depersonalizzato nella medicina di precisione, corpo "potenziale" o "possibile" nella medicina predittiva, "distante" nella telemedicina, simulato o riprodotto dalla realtà virtuale a servizio della scienza, corpo frammentato dalle tante specializzazioni mediche... l'organismo "ideale" di cui la biomedicina ha bisogno non corrisponde necessariamente alla *corporeità* – all'*avere* un corpo e l'*essere* un corpo – dei pazienti, a un corpo dunque reale, presente e unico, stretto alla coscienza in modo insolubile (Esposito, 2014, p. 89), *vivente* perché custode di una memoria, di una storia e di una identità individuale.

Eppure i processi di trasformazione e di astrazione del corpo animano profondamente il complessivo riprodursi e progredire della biomedicina; caratterizzano non solo i percorsi educativi dei futuri professionisti sanitari ma definiscono anche la tipologia di ricerche scientifiche che vengono promosse o finanziate, le successive scoperte e innovazioni applicate alla clinica, le tecniche terapeutiche o gli interventi messi in atto, determinano (assieme ad altri fattori) le tempistiche stesse che scandiscono il *fare* degli operatori della salute. Essi consentono soprattutto di configurare la malattia come un fenomeno del tutto svincolato dalla persona che ne fa esperienza, di delineare e strutturare in specifiche modalità la relazione clinica e quella assistenziale, di considerare infine il paziente come una entità riducibile all'uso di concetti già collaudati dalle teorizzazioni scientifiche, di inserirlo così in percorsi stabiliti e previsti dalle consuetudini operative che prendono vita nei molteplici spazi sanitari.

Tutto ciò rischia di alimentare la distanza che separa il modello esplicativo (Kleinman, 2006) dei professionisti sanitari da quello del paziente: se i primi, nel ricostruire l'evento "malattia", si rendono promotori di una visione

a loro avviso “inconfutabile”, d’altra parte anche il paziente ritiene legittime le sue idee personali su ciò che sta accadendo nonostante queste possano situarsi totalmente al di fuori delle stesse teorizzazioni mediche (Paltrinieri, 2011). Per il paziente infatti lo sviluppo di una patologia comporta una crisi del corpo che è al tempo stesso una crisi dell’esperienza incorporata del mondo (Csordas, 2003), ossia dell’esperienza della realtà sociale fatta attraverso il proprio corpo; a seconda della sua gravità, la malattia può innescare infatti processi che interessano la persona nella sua totalità, andando così oltre i limiti dell’organismo biologico. Una persona che si ammala sperimenta una diversa percezione del proprio sé e degli altri, vive in una sospensione e in uno stato di vulnerabilità causati dall’imprevedibilità che il proprio stato fisico può determinare, si confronta con un cambiamento radicale che interessa molteplici ambiti esistenziali (quello sociale e relazionale, familiare, lavorativo ecc.); la malattia ha svariate ricadute, può minare o se non altro modificare la propria identità interrompendo bruscamente l’ovvio andamento della quotidianità. Per queste ragioni, le modalità di ricostruire tale evento possono essere nutrite da concezioni e idee personali, timori e necessità che informano l’esperienza del paziente così come le stesse aspettative di cura e di guarigione. Tali elementi non sempre trovano spazio nelle singole relazioni cliniche e assistenziali, dove nei fatti la singolarità della persona malata tende a essere oscurata dalla standardizzazione degli interventi.

La rimozione della soggettività e dell’esperienza personale di malattia si rende estremamente evidente se si pensa alle prassi che caratterizzano la medicina ospedaliera o, ancor più nello specifico, a ciò che accade nel corso delle procedure connesse al ricovero o alla degenza. Nonostante l’abitudine a concepire le operatività sanitarie come contraddistinte da una razionalità e da un fare consuetudinario, l’ingresso nello spazio ospedaliero può al contrario caricarsi per il paziente di molteplici significati connessi ai processi di istituzionalizzazione (Cozzi & Nigris, 2003) attraverso cui, nei fatti, la persona cessa di essere ciò che è nella sua vita quotidiana per diventare un organismo oggetto di cure. Al pari di un rito di passaggio (Van Genneep, 2012), l’ospedalizzazione può prevedere infatti diverse fasi che comportano man mano un cambiamento nello status della persona malata: una prima fase di

separazione, ossia un momento iniziale in cui – facendo ingresso in un luogo non familiare, sospendendo le attività quotidiane e distaccandosi dai propri cari o dalle persone che frequenta abitualmente – il paziente vive una totale perdita delle sicurezze sulle quali ha costruito il proprio sistema routinario. Si tratta di un primo momento in cui avviene un livellamento (una spoliatura e abbandono da parte del paziente dei propri oggetti personali), una limitazione (nello spazio, negli spostamenti, nei movimenti, negli orari) che rende possibile lo svolgimento dell'attività di cura, e una riduzione ossia una trasformazione radicale della persona nella sua malattia (Cozzi & Nigris, 2003). Collocato in un ambiente tecnologizzato e impersonale, vivendo una perdita dei riferimenti e di un'immagine di sé, non riconoscendosi più come soggetto attivo e autonomo, e subendo, infine, varie forme di misconoscimento comunicativo⁴², la persona sperimenta così successivamente una fase di *transizione* che costituisce uno stadio intermedio in cui si è posti in una condizione liminale che impatta sulla propria condizione fisica, sociale e simbolica. L'ultima fase, la *reintegrazione* che coincide con la dimissione, prevede infine il riconoscimento pubblico di una nuova condizione, un ritorno in società e l'acquisizione di una nuova identità, ossia quella di persona sana e guarita.

Il caso del ricovero in ospedale mostra in maniera evidente come lo stesso “evento” possa assumere significati estremamente diversi alla luce di prospettive differenti: se per il professionista sanitario l'ospedalizzazione si configura come una procedura standardizzata che prevede una serie di azioni altrettanto prestabilite e consuetudinarie, per il paziente fare ingresso nello spazio ospedaliero, sottostare a obblighi e divieti per essere poi oggetto di una serie di interventi, comporta una transizione caratterizzata da una perdita degli elementi che normalmente contribuiscono a definirlo ai suoi occhi e agli occhi degli altri, da una drastica riduzione della possibilità di mantenere integra la propria identità e di manifestarla, in breve, da un totale cambiamento esistenziale. Se è alla luce di tali elementi che il ricovero e la successiva degenza si configurano per il paziente, tenerne conto faciliterebbe una più efficace comprensione dei comportamenti, delle possibili resistenze dinanzi alle indicazioni terapeutiche,

⁴² Si intende con questa etichetta una serie di usi comunicativi che il personale medico mette in atto e che tendono a non considerare le «attese che i pazienti hanno nei confronti del riconoscimento sociale della loro identità» (Cozzi & Nigris, p. 340); tra questi i diritti dialogici ineguali, l'oggettivazione nel trattamento verbale e l'impersonalità nel trattamento non verbale.

dei timori e dei bisogni che la persona manifesta; il paziente potrebbe infatti opporsi alle indicazioni o non seguirle poiché non le condivide (si pensi qui al ruolo giocato anche da fattori culturali, religiosi o socio-economici), o ne è spaventato o perché non rileva un particolare beneficio, oppure non si sente abbastanza sostenuto e compreso, o, ancora, non si fida di ciò che gli viene detto. Si tratta di comportamenti che spesso vengono considerati come irrazionali non solo dai medici ma anche dagli infermieri e dagli ulteriori operatori che agiscono a stretto contatto con la persona ricoverata ma che tuttavia possono risultare più chiari e acquisire un senso solo abbandonando i propri codici di lettura per creare uno spazio nella relazione assistenziale che permetta alla prospettiva autonoma del paziente di emergere.

Prendersi cura della persona che necessita di assistenza equivale a porla nella condizione di poter comprendere ciò che le sta accadendo, di elaborare l'esperienza di malattia per accettarla e mantenere così un certo controllo sulla propria situazione (Paltrinieri, 2011); questo comporta per i professionisti della salute assumere un atteggiamento autoriflessivo (Quaranta, 2017) che consenta di osservarsi nella relazione con il paziente e di avvicinarsi quanto più possibile al suo apparato concettuale, di riflettere sulle proprie consuetudini operative e sul loro impatto nella relazione clinica, di riconoscere la parzialità della propria prospettiva e di relativizzare le proprie conoscenze; ciò aprirebbe uno spazio di confronto per una comprensione maggiormente esaustiva dell'esperienza di malattia del paziente e permetterebbe di immaginare congiuntamente risposte di cura più opportune considerando, inoltre, le stesse strategie individuali messe in atto dalla persona per far fronte alla malattia. Il caso dei pazienti affetti da dolore cronico può offrire qualche spunto di riflessione a questo proposito.

Molteplici studi in ambito umanistico (per citarne alcuni: Scarry, 1990; Morris, 1991; Del Vecchio Good et al., 1992; Good, 2006; Le Breton, 2007; Cozzi, 2012; Barker, 2005) hanno messo in luce quanto il dolore sia un'esperienza complessa e "totale" che mobilita più dimensioni: quella biologica certamente, ma anche quella psicologica, emotiva, sociale, culturale, relazionale. Del resto, tale complessità è stata spesso richiamata anche in ambito biomedico per essere riassunta nella definizione di dolore elaborata, nel 1979 e successivamente revisionata nel 2020 (Raja Srinivasa et al., 2020), dalla IASP

– *International Association for the study of pain* – che inquadra tale fenomeno come *una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale*. Inteso nei termini di un'esperienza il dolore va analizzato alla luce delle peculiari caratteristiche e condizioni del singolo paziente, della sua storia di vita, delle sue molteplici culture, del suo rapporto con il corpo, con il sé, con gli altri; per questa ragione la sua valutazione e la scelta stessa degli interventi terapeutici da mettere in atto non possono che prevedere una reintegrazione nella relazione assistenziale della soggettività del paziente, ossia della sua prospettiva e dei suoi saperi sul proprio dolore. Tale reintegrazione è ciò che consente di indagare la sofferenza corporea come un fenomeno multidimensionale e di poter fare inoltre luce sui diversi fattori che impattano sulla sua fisiologia modulandone positivamente o negativamente la percezione. I pazienti, attraverso le proprie narrazioni, testimoniano spesso la molteplicità di tali fattori (Le Breton, 2017, 2022; Moretti 2019, 2013); affermano per esempio di riuscire a percepire meno dolore – o di tenerlo maggiormente sotto controllo – non solo grazie ad alcune “tecniche del corpo” (assumere particolari posture piuttosto che altre, ricorrere a pratiche di respirazione, utilizzare determinati ausili ecc) ma anche per mezzo di “adattamenti” messi in atto nel quotidiano come, per esempio, prendersi del tempo per se stessi, riposare, rispettare così il proprio corpo e i suoi ritmi/limiti. Tali azioni si configurano come “tattiche” capaci di avere ricadute positive poiché inibiscono o diminuiscono la sensazione dolorosa; esse sono individuate per mezzo di una convivenza prolungata con la sofferenza corporea, grazie dunque a un sapere che il paziente sviluppa nel tempo. Allo stesso modo, anche alcuni accadimenti in particolari momenti di vita sembrano caricarsi di efficacia terapeutica mostrandosi come “curativi” poiché riducono la sensazione dolorosa; tra questi, per esempio, l'essere in compagnia di alcune persone piuttosto che altre, ricongiungersi con i propri cari o familiari, passare del tempo con una amica o amico nutrendo una passione o svolgendo attività piacevoli ecc. Contestualmente, alcuni avvenimenti e circostanze hanno il potere di produrre l'effetto contrario: la perdita del lavoro può acuire il dolore, così come la solitudine quando questa non è cercata o voluta, il sentirsi abbandonati dalla famiglia, vivere la frammentazione delle

proprie relazioni sociali, non avere il controllo sulla propria vita, vedere il proprio dolore delegittimato o sottovalutato e non sentirsi così creduti dagli altri, oppure avere delle discussioni con il proprio partner, con i colleghi di lavoro, con i familiari ecc.

Le strategie personali messe in atto per gestire la sofferenza nel quotidiano scaturiscono da una conoscenza e da una “significazione” del dolore che consentono di individuare modalità efficaci per agire sulla sua severità; se, ad esempio, la sua origine viene associata a un particolare momento di vita quando, per via delle situazioni che si stavano vivendo, si è andati oltre il proprio limite non rispettando il proprio corpo, una possibile “cura” si rende possibile grazie a una gestione diversa del tempo, in una revisione delle priorità, in un rispetto verso se stessi e verso il proprio corpo, in una modifica nella relazione tra persona e contesto. È questo il caso delle pazienti affette da sindromi dolorose croniche come la fibromialgia che, come ho già avuto modo di mostrare (Moretti, 2022, 2013), proprio nell’“esaurimento delle energie” o in una stanchezza o malcontento protratti nel tempo, intravedono spesso un elemento chiave per fare luce sulle cause e sul peggioramento stesso della propria malattia, e dove il dolore viene così tenuto sotto controllo individuando modi per *prendersi cura di sé*. Allo stesso modo, se il dolore peggiora a causa di relazioni conflittuali vissute nella sfera domestica/privata o sociale, un possibile rimedio risiede in una riformulazione di tali relazioni, in un cambiamento nel rapporto tra il sé, il proprio corpo e gli altri. Tutto ciò mostra come le relazioni sociali (o, in generale, gli eventi che contraddistinguono il rapporto tra persona, corpo e contesto circostante) siano in grado di impattare biologicamente sui meccanismi di trasmissione del dolore, acuendone o mitigandone la percezione; esse, pur configurandosi come elementi rintracciabili al di fuori dell’organismo e del suo funzionamento fisiologico, possono per questa ragione offrire un contributo chiave per i processi conoscitivi del dolore che prendono vita nella relazione terapeutica. Tali processi sono favoriti da un incontro che consente l’emersione del sapere del paziente ponendolo in dialogo con quello del professionista.

Se la conoscenza e la competenza dei pazienti si sviluppano, da una parte, anche attraverso un ricorso o una condivisione di alcune delle

teorie, argomentazioni e spiegazioni biomediche, dall'altra, esse si ampliano soprattutto alla luce dell'esperienza personale della sofferenza che permette di identificare tecniche rivestendole di una carica tanto simbolica quanto curativa. Tali tecniche possono risultare totalmente inefficaci, o perlomeno essere considerate inappropriate e irrazionali, dalla prospettiva del professionista sanitario intento a indagare il dolore attingendo a un corpus di conoscenze proprio della cultura biomedica; eppure si rivelano fondamentali tanto più si riesce a ricostruire congiuntamente come il dolore si inserisce nella traiettoria biografica del paziente, come viene interpretato in relazione a specifiche concezioni e idee personali, come viene modellato alla luce delle molteplici culture della persona che soffre. Per comprenderle e coglierne il senso e l'efficacia si rende così necessario costruire una comune cornice semantica all'interno della quale ricostruire un'esperienza così totalizzante.

Cum-petere

Il paziente va sempre considerato primo esperto della propria malattia sperimentando in prima persona i suoi molteplici effetti nella vita di tutti i giorni e constatando l'efficacia o inefficacia stessa degli interventi terapeutici a cui si è fatto ricorso.

Ora, chiaramente, con “paziente esperto” non mi riferisco qui alla figura dell'*expert patient* che in medicina, da qualche anno a questa parte, sta a indicare la persona che, a seguito della propria esperienza di malattia o della malattia di un familiare, decide di affrontare un percorso di formazione su argomenti inerenti lo sviluppo dei farmaci o dei dispositivi medici per poi mettere le sue competenze a servizio della ricerca industriale o accademica, e saper collaborare e interloquire sapientemente con la realtà clinica⁴³. Alla luce delle argomentazioni finora proposte, non è infatti approfondendo questo genere di conoscenze che il paziente diventa di fatto abile e capace. Al contrario, tutti i pazienti lo sono nella misura in cui conoscono più di altri la propria malattia grazie alla *propria* esperienza e ai *propri* saperi, e non

43 Un esempio di tali corsi nel contesto italiano è visionabile al link: <https://accademiadeipazienti.org/corso-paziente-esperto-eupati/>

Si tratta di un corso di formazione promosso dal programma europeo EUPATI (European Patients' Academy on Therapeutic Innovation) realizzato con il supporto di AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), con il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e con il contributo non condizionato dell'industria del farmaco.

necessariamente per mezzo di una acquisizione di competenze attraverso corsi di formazione tecnica; è per questa ragione che la loro voce andrebbe ascoltata poiché già in sé autorevole e andrebbe loro riconosciuto un ruolo decisamente più attivo nei percorsi di cura, nella gestione della propria malattia/salute e, in generale, nella relazione con i professionisti della salute. Allo stesso modo riflettere sui saperi dei pazienti conduce qui in parte a discostarsi anche dai concetti di *patient involvement*, *patient participation*, *patient empowerment*, *patient cent(e)redness* e *patient engagement* se queste etichette rimandano alla necessità di coinvolgere la persona assistita nei percorsi di cura al solo fine di renderlo “compiante” e aderente alle indicazioni mediche grazie a una sua approvazione acritica di prassi o modelli (biomedici, clinici e terapeutici) esistenti. Per coinvolgere il paziente, porlo al centro dell’assistenza, favorire il suo “engagement” e una sua partecipazione è importante al contrario avviare, qualora necessario, una riflessione sull’adeguatezza, e dunque efficacia, di questi stessi modelli e su una loro possibile o auspicabile revisione tendendo realmente conto degli orizzonti culturali di riferimento che plasmano volta in volta l’esperienza di malattia (o i bisogni di cura o, ancora, una personale idea di prevenzione), delle concrete necessità e aspettative del paziente, dei fattori che incidono sulle possibilità stesse che quest’ultimo ha di ricoprire un ruolo attivo nei processi decisionali in merito alla propria salute (es. il capitale culturale o la condizione socio-economica); in altre parole, per renderlo esperto, la sua identità deve essere indagata nella sua totalità, accettata e reintegrata nei processi assistenziali (Stefanini & Bodini, 2014). Senza questo genere di valutazione si rischia nuovamente di alimentare, citando Ivan Illich (1976), una *espropriazione* della salute che si rende oggi – alla luce di una generale calibratura in chiave neoliberista che sta interessando e modificando la totalità delle istituzioni sanitarie presenti nei paesi occidentali industrializzati – ancor più dannosa, poiché mira a raggiungere, seguendo principi aziendali della *customer experience*, una mera soddisfazione dei pazienti “utenti/clienti” non tanto con l’obiettivo di tutelare la loro salute ma con il fine ultimo di tenere alti gli indicatori di performance che misurano le prestazioni offerte dai servizi e dai sistemi (*aziende*) sanitari⁴⁴.

44 Per ulteriori riflessioni su questo tema rimando a: Moison, 2002; Seppilli, 2010; Jouet, Flora, Las Vergnas O. (2010); Las Vergnas, Jouet, Renet, 2017; Moretti 2020.

Per garantire una disponibilità del paziente a instaurare un'alleanza che rende possibile la cura e raggiungere un obiettivo di guarigione, vanno dunque poste le basi affinché la persona assistita riesca a fidarsi delle istituzioni sanitarie, dei professionisti della salute e del sapere che questi rappresentano; la richiesta di fiducia può infatti non essere facilmente accolta se all'interno dello spazio clinico avviene un'alienazione dell'autocoscienza della persona malata e una *cannibalizzazione* (Taussig, 2006) della potenziale forza che risiede nell'intersoggettività tra curante e curato, ossia della capacità del primo di penetrare nella soggettività del secondo, di ricostruire assieme il significato della malattia per saper negoziare – sulla base di reciproci saperi, riferimenti culturali, emozioni e sentimenti – quella che si ritiene essere la più efficace gestione di in una condizione di malessere e di sofferenza (Pizza, 2005).

Recuperare tale intersoggettività consente di ripensare la cura nei termini di un processo in cui giocano un ruolo centrale le relazioni umane e l'umanità delle relazioni (ibid.), e di configurare l'assistenza come una partecipazione reciproca all'evento morboso (Salvestroni, 1973) attraverso cui poter superare le barriere prodotte da possibili diffidenze, dissonanze cognitive, eterogeneità di motivazioni e di valori che possono erigersi nella relazione tra professionisti sanitari e pazienti (Seppilli, 1996).

Tornando al pensiero complesso proposto da Morin – e applicandolo qui nuovamente al contesto della relazione clinica alla luce del confronto tra i molteplici saperi che in tale spazio possono emergere – per sviluppare una visione integrata dei processi di salute/malattia andrebbe dunque promosso un paradigma di distinzione/congiunzione (Morin, 2005) che consente di distinguere le singole prospettive senza disgiungerle, di associarle senza necessariamente ridurle o identificarle tra loro per abbandonare così modelli di ragionamento che semplificano la complessità e la multidimensionalità dei fenomeni analizzati. Si rende centrale a questo proposito non solo indagare i comportamenti degli assistiti alla luce dei molteplici sistemi di ragionamento che di fatto informano l'esperienza di malattia da una prospettiva "emica", ma anche riconoscere, come più volte sottolineato, la piena capacità del paziente di orientarsi in quanto competente nei confronti della propria malattia.

Riconoscere il paziente come competente al pari del professionista sanitario significa pensarlo come capace di *competere* laddove di questo ultimo termine, qui in conclusione, si vuole recuperare l'accezione originale: dal latino *cum* (con, insieme) e *petere* (andare verso), il significato suggerisce il saper "andare insieme", convergere in un medesimo punto, collaborare per raggiungere un obiettivo comune; *cum-petere* non rimanda dunque a un confliggere per primeggiare riproponendo, in tal modo, una asimmetria tra posizioni e saperi quanto a porre questi ultimi in dialogo a partire da strategie di ascolto attivo capaci di far risuonare dentro di sé il *dire* dell'altra persona.

Riferimenti bibliografici

- Barker, K. K. (2005). *The fibromyalgia story: medical authority & women's worlds of pain*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cozzi D. (2012). Dolore. In: Cozzi D. (a cura di). *Le parole dell'antropologia medica*. Piccolo dizionario. Perugia: Morlacchi, p. 85-112.
- Cozzi, D. & Nigris, D. (2003). *Gesti di cura: elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Milano: Colibri.
- Csordas, T. J. (2003). Incorporazione e fenomenologia culturale. *Antropologia*, 3(3):19-42.
- Del Vecchio Good, M. et al. (1992). *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Esposito, R. (2014). *Le persone e le cose*. Torino: Giulio Einaudi.
- Foucault M. (1963). *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: PUF (Trad it. *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, 1969, Torino: Einaudi).
- Garro, L. (1992). Chronic illness and the construction of narratives. In: Del Vecchio, M. J. et al. (a cura di). *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, p. 100-137.
- Godeau E. (1998). Il paradosso del medico malato, in G. Pizza (a cura). *Figure della corporeità in Europa - Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali*, anno V, n. 5. Roma: CISU, p. 9-18.
- Good, B. (2006). Un corpo che soffre: la costruzione di un mondo di dolore cronico. In: Quaranta. I (a cura di). *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina, p. 235-259.
- Good, B. J. & Del Vecchio, M. J. (1993). Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: Lindenbaum, S & Lock, M (a cura di). *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press, 81-107.

- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Illich I. (1976). *Limits to medicine-Medical Nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars Publishers (trad.it. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Como: Red Edizioni, 2005).
- Jouet, E., Flora, L. G. & Las Vergnas, O. (2010). *Construction et reconnaissance des savoirs experientiels des patients*. *Pratiques de Formation – Analyses*. <https://travailformation.hypotheses.org/910>
- Kleinman, A. (2006). Alcuni concetti e un modello per la comprensione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali. In: Quaranta, I. (a cura di). *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina, p. 5-26.
- Las Vergnas, O., Jouet, E. & Renet S. (2017). *Entre reconnaissance des savoirs experientiels des malades et cooperations reflexives collectives: un point d'etape bibliometrique*. *Politiques de communication*; 9:117-161.
- Le Breton D. (2007). *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi.
- Le Breton, D. (2017). *Tenir: douleur chronique et reinvention de soi*. Paris: Méteilié.
- Le Breton, D. (2022). *Experiences de la douleur choisie ou consentie*. *Etnografia e ricerca qualitativa*; 3:349-359.
- Moison, J. C. (2002). *L'hospital entre permanences et mutations*. In: Baszanger I., Bungener M., Paillet A. (a cura di). *Quelle medecine voulons-nous?* Paris: La Dispute, p. 35-54.
- Moretti, C. (2013). *A nervi tesi: un'analisi antropologica della sindrome fibromialgica*. Roma: Aracne Editrice.
- Moretti, C. (2019). *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*. Pisa: ETS
- Moretti, C. (2022). *Con le mani nude sull'anima: processi terapeutici e gestione autonoma della cura negli stati dolorosi cronici complessi*. *Etnografia e ricerca qualitativa*; 3:451-472.
- Moretti V. (2020). *Sociologia del paziente. Diseguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Morin, E. (2005). *Introduction a la pensee complexe*. Paris: Seuil.
- Morris, D. (1991). *The culture of pain*. Berkeley: University of California Press.
- Napier, D. et al. (2014). *Culture and health*. *The Lancet*; 9954:1607-1639.
- Paltrinieri, A. C. (2011). *Prendersi cura: antropologia per le professioni sanitarie*. Firenze: Editpress.
- Pizza G. (2005). *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Quaranta I. (2017). *Cura e significato: dalla competenza alla consapevolezza culturale*, in G. Gemelli (a cura di), *Consapevolmente. Prendersi cura di adolescenti e giovani adulti in oncologia*. Bologna: Baskerville, p. 246-272.

Raja Srinivasa, N. et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges and compromises. *Pain*; 161(9):1976-1982.

Salvestroni, F. (1973). *Il medico della persona*. Firenze: Vallecchi. p. 26.

Scarry, E. (1990). *La sofferenza del corpo: la distruzione e la costruzione del mondo*. Bologna: Il Mulino.

Seppilli T. (1996). *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, AM. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1/2, 7-22.

Seppilli, T. (2010). *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*. *ESPS*; 33 (4):369-381.

Stefanini A., Bodini C. (2014). *Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica*, *Sistema Salute*; 58(3), 308-315.

Taussig, M. (2006). *Reificazione e coscienza del paziente*. In: Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina, p. 75-106.

van Gennep A. (1909). *Les rites de passage*. Paris: Alcan (trad.it. *I riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri, 2012).

DIALOGARE PER INTEGRARE: L'IMPLEMENTAZIONE DELL' APPROCCIO DIALOGICO IN EMILIA-ROMAGNA

Giulia Rodeschini
Silvia Zoli

Perché l'approccio dialogico?

L'approccio dialogico è un “metodo” di lavoro orientato al dialogo di rete per tutti i settori e per tutte le persone che lavorano con l'utenza o in interazione con altri settori e organizzazioni. Le basi concettuali dell'approccio dialogico sono rintracciabili nel pensiero di Bakhtin (1981), Buber (2013), Markova (2003).

A partire da questi presupposti teorici, l'approccio dialogico finlandese, sperimentato negli ultimi decenni dall'équipe del professor Arnkil al National Institute for Welfare and Health, si è sviluppato, soprattutto a livello delle governance locali, prima in Finlandia e successivamente in Svezia e Danimarca (Eriksson & Arnkil, 2009). La considerazione di base su cui poggia l'impianto teorico di questo approccio riguarda una mancanza di corrispondenza tra la divisione in settori della burocrazia/organizzazione e la vita quotidiana, che risulta essere evidentemente priva di questa parcellizzazione. Le organizzazioni, infatti, sono organizzate in settori, mentre la vita quotidiana è complessiva e relazionale. Per cercare di annullare o comunque diminuire il divario tra queste due realtà, l'approccio dialogico diviene uno strumento necessario per operare un cambio di postura, e quindi culturale, nel modo in cui l'organizzazione vede l'utenza che utilizza i servizi e riconosce l'importanza del piano relazionale tra tutti gli attori del sistema (Arnkil & Seikkula, 2013).

Da diversi anni la Regione Emilia-Romagna sta contribuendo all'implementazione dell'approccio dialogico nell'ambito del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Il punto di partenza del percorso promosso dalla Regione è da rintracciare in una premessa importante, cioè che le prassi di intervento attuali

non sono sempre efficaci per risolvere le problematiche complesse che i servizi e le istituzioni si trovano ad affrontare.

La complessità dei fenomeni in costante mutamento induce infatti il sistema dei servizi a rivedere il modo in cui si organizza e agisce per rispondere alle sfide attuali. I cambiamenti epidemiologici e sociali, la multi-fattorialità del disagio sociale e la co-morbilità dei quadri patologici emergenti richiedono approcci a forte integralità centrati sul territorio e quindi sulla comunità.

Lavorare in rete, costruire partnership locali, agire in quanto membri di un team multidisciplinare richiede la disposizione di strumenti che consentano a livello pratico la capacità di gestire contesti relazionali altamente complessi. Le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete necessitano di competenze trasversali e di dispositivi organizzativi in grado di garantire tempo e lavoro dedicato alla cura e alla manutenzione delle relazioni in seno alla rete e a un cambiamento organizzativo.

Per rispondere alle difficoltà del sistema, a livello regionale ci si è posti un duplice obiettivo: da un lato, ricercare soluzioni organizzativo-professionali finalizzate a superare l'approccio settorializzato che contraddistingue le organizzazioni; dall'altro, promuovere un orientamento capace di rafforzare il lavoro integrato e di comunità per far fronte alla complessità dei problemi da affrontare.

Cosa è stato fatto in Emilia-Romagna

Per raggiungere tali obiettivi, dal 2018 ad oggi sono state realizzate due edizioni di un percorso formativo (in aula e “situato” nei contesti organizzativi) a cui hanno partecipato 10 ambiti distrettuali (per un totale di 243 professionisti/e formate)⁴⁵. Inoltre, è tutt'ora in corso il progetto europeo

⁴⁵ Per un approfondimento sui percorsi e le riflessioni fatti in questi anni si rimanda a Nicoli et al. (2020) e a Paltrinieri et al. (2023).

- Nicoli MA et al. Strumenti e pratiche dialogiche nelle organizzazioni sanitarie e sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna. 2020. Disponibile al link <https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/corsi-convegni/pratiche-dialogiche-2020>
- Paltrinieri F, Rodeschini G, Gradi T, Saruis T, Vivoli V et al. L'approccio dialogico in Emilia-Romagna. Strumenti per praticare l'integrazione nel sistema dei servizi, Regione Emilia-Romagna, Bologna. 2023. Disponibile al link <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/publicazioni/prodotti-editoriali/2023/l-approccio-dialogico-in-emilia-romagna>
- Regione Emilia-Romagna, Emilia-Romagna: plurale, equa, inclusiva. Programma 2022-2024 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri. 2022. Disponibile al link <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/publicazioni/prodotti-editoriali/2022/emilia-romagna-plurale-e-qua-inclusiva-programma-2022-2024-per-l2019-integrazione-sociale-dei-cittadini-stranieri-art-3-comma-2-della-l-r-5-2004>

Erasmus Plus “Dialogical work” e a settembre 2023 inizierà la terza edizione del percorso formativo che terminerà a settembre 2024.

Nel 2018, è stato avviato in Emilia-Romagna il primo percorso formativo sull’approccio dialogico grazie a una collaborazione tra la Regione Emilia-Romagna – nello specifico la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e l’Agenzia Sanitaria e sociale regionale –, l’Istituto Nazionale per la salute e il welfare di Helsinki, l’Università e il Consiglio Regionale della Lapponia. Il progetto si è inserito all’interno degli indirizzi indicati dal Piano Sociale e sanitario regionale 2017-2019, con particolare riferimento alla scheda attuativa d’intervento “Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali”.

In coerenza con le linee di indirizzo regionali su “Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto adolescenza” (DGR 590/2013), si è ritenuto che l’ampio mondo dei servizi rivolti agli/alle adolescenti, in quanto mondo intersettoriale per definizione, potesse rappresentare un ambito interessante in cui implementare l’approccio. Come è difatti espresso dalle linee guida stesse, il progetto adolescenza è “sociale, sanitario, educativo, interistituzionale e multi-professionale e mantiene una relazione costante e continua tra promozione, prevenzione e cura e tra tutti quelli che si occupano di adolescenza (istituzioni, soggetti, operatori e servizi)”.

Il proposito si è quindi focalizzato sulla possibilità di rendere l’organizzazione preposta al lavoro con adolescenti e per adolescenti in grado di predisporre le condizioni di operare superando i confini e le barriere che spesso rendono il lavoro di équipe particolarmente critico.

Sono stati selezionati tre territori pilota – Lugo, Scandiano e Parma/Fidenza – le cui governance hanno intravisto nell’approccio dialogico delle possibilità di crescita, sviluppo e sostenibilità per i servizi del proprio territorio. Al termine del percorso sono state formate 87 persone tra facilitatori e facilitatrici, formatori e formatrici e professionisti e professioniste appartenenti alla governance.

Il secondo percorso formativo è iniziato a novembre 2020 e si è concluso a novembre 2022 e ha coinvolto 10 Distretti e la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare. I territori che avevano già partecipato alla precedente formazione hanno aderito alla seconda edizione con la finalità di rafforzare

e diffondere maggiormente l'impianto dialogico nelle proprie organizzazioni, mentre i nuovi territori – Distretto Pianura Est, Distretto Pianura Ovest, Distretto di Forlì, Distretto di Cesena e Valle del Savio, Distretto del Rubicone, Distretto di Pavullo – e il caso regionale hanno iniziato il percorso con la finalità di iniziare a sviluppare un impianto dialogico nelle proprie organizzazioni. Il percorso ha formato diverse figure: il facilitatore/trice dialogico di rete, il coordinatore/trice, il tutor, la governance, per un totale di 156 persone.

Facilitatore/trice dialogico/a di rete (Network Dialogue Facilitator - NDF)	Figure esperte dell'approccio dialogico, che assumono l'approccio dialogico nella propria pratica quotidiana, capaci di facilitare incontri dialogici dove questi siano richiesti o si rivelino necessari.
Coordinatore/trice dialogico/a di rete (Network Coordinator - NC)	Figura di raccordo tra il gruppo dei/le facilitatori/trici e lo snodo organizzativo a cui fanno riferimento (governance). Deve essere una figura ben integrata nel sistema, capace di muoversi con disinvoltura dal livello operativo ai livelli di pianificazione e decisionali.
Tutor dell'approccio dialogico	Figura che affianca, come "peer-trainer", il pool di facilitatori/trici in formazione durante l'intero percorso formativo, sia nei momenti di aule laboratoriali che nei momenti di accompagnamento in loco.
Governance	È il gruppo di governo, composto dai/le rappresentanti – sia politici sia tecnici – delle organizzazioni interessate dal processo di lavoro scelto per l'implementazione dell'approccio dialogico. Aspetto fondamentale è la possibilità di esercitare una funzione decisionale. Compito della Governance è rappresentare, presiedere, indirizzare, monitorare e favorire l'implementazione dell'approccio dialogico in tutte le sue componenti. A questo si aggiunge la capacità di favorire le connessioni con i processi presenti sul proprio territorio che agiscono con simili premesse concettuali e di mettere in campo meccanismi per la manutenzione dell'intero processo.

In continuità con il percorso regionale è attivo il progetto "Dialogic approach to integrate multi-professional work in educational, health and social sectors", un progetto internazionale finanziato dal Programma dell'Unione europea Erasmus+ attraverso il bando KA220-VET - Cooperation partnerships in vocational education and training - Call 2021 - Round 1, della durata di 30 mesi (28/02/2022 - 30/08/2024).

Dialogical Work mira a promuovere il lavoro integrato e multiprofessionale tra professionisti e professioniste delle organizzazioni sociali e sanitarie e dell'istruzione, tramite la pratica e la diffusione di approcci innovativi di tipo dialogico orientati alla partecipazione attiva di stakeholder e attori dei contesti lavorativi locali e nazionali (*bottom up*).

Per implementare l'approccio dialogico nelle organizzazioni e per rendere i cambiamenti sistemici e sostenibili nel tempo, attraverso il progetto vengono formati due attori specifici: il gruppo di governance, cioè il gruppo delle diverse figure professionali aventi responsabilità politica e/o gestionale all'interno dei nodi inter-organizzativi di stakeholder, e il/la tutor dell'approccio dialogico, che connette i diversi livelli organizzativi, assistendo i team multiprofessionali al fine di adattare le pratiche dialogiche di lavoro a contesti in continua evoluzione, sempre più mobili, multiculturali e digitali. La Regione Emilia-Romagna partecipa al progetto Dialogical Work in qualità di capofila. Il progetto coinvolge 10 partner provenienti da: Belgio, Finlandia, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo e Romania.

Sperimentare l'approccio dialogico: esempi dal campo

I principali strumenti dell'approccio dialogico

L'approccio dialogico, come già affermato in precedenza, riguarda una postura con cui si guarda un'organizzazione ed il suo modo di operare. La parte osservativa necessita, però, di essere accompagnata e tradotta, dal punto di vista performativo, in metodi che consentano di creare questo tipo di conoscenza co-creata, che l'approccio stesso mira a realizzare. I principali strumenti possono essere così sintetizzati:

- Dialoghi precoci per raccogliere le preoccupazioni: aiutano le persone a prendere in mano le preoccupazioni in modo da promuovere il dialogo e migliorare le relazioni (per esempio il Modulo delle preoccupazioni);
- Dialoghi sulle buone prassi: rappresentano un metodo per condividere le "conoscenze tacite" che ci sono in una équipe e per riflettere tra professionisti/e, adolescenti e famiglie (per esempio Learning café e Puimala);
- Dialoghi nel futuro: pensati in particolare per trovare soluzioni laddove vi siano una molteplicità di professionisti/e e servizi che intervengono sullo stesso soggetto (anche detti Dialoghi anticipatori o Dialoghi del buon futuro).

Parte integrante del percorso formativo e della sperimentazione dell'approccio è l'applicazione del metodo a casi concreti. Il percorso di formazione sull'approccio dialogico è stato incentrato sull'acquisizione di strumenti per la facilitazione, usando l'approccio dialogico e adottando il concetto di “imparare facendo” (*learning by doing*). Il primo step per questo tipo di metodologia è sempre quello di fare qualcosa; tramite questo fare, si matura un'esperienza (secondo step) che permette una riflessione (terzo step) e l'approfondimento della teoria alla base dell'approccio dialogico (quarto step). Poi si ritorna all'azione, in un ciclo che si ripete.

Il metodo nasce per essere utilizzato nel rapporto tra servizi (in ottica transettoriale e integrata) e utenti ma poi, nel corso della sperimentazione, si è rivelato molto funzionale anche nell'utilizzo a livello organizzativo.

L'approccio dialogico nella gestione di casi complessi e integrati e come strumento chiave per il cambiamento organizzativo

L'approccio dialogico, come anticipato, richiede un cambiamento radicale nella postura dei servizi e dei/le singoli/e operatori e operatrici. Anche per questo le sperimentazioni locali nel proprio contesto di lavoro sono state e sono parte integrante del percorso formativo.

L'esperienza del Distretto di Lugo e dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna ha visto in primo luogo l'utilizzo dell'approccio dialogico e dei relativi strumenti – quali il modulo delle preoccupazioni e il dialogo nel futuro – nella gestione di casi complessi e integrati e in particolare con giovani adulti in uscita da percorsi di tutela.

Il processo viene innescato dall'operatore/trice che attraverso il modulo delle preoccupazioni analizza in equipe il suo livello di preoccupazione rispetto alla situazione chiedendosi anche chi potrebbe essergli/le di supporto e come, coniugando così analisi e operatività. Mettendo al centro della riflessione non i “problemi” e le criticità portate dall'utente ma la preoccupazione dell'operatore/trice questa viene *in primis* legittimata, e inoltre si attivano punti di vista diversi sulla situazione uscendo da schemi e preconcetti. Successivamente, può essere proposto all'utente un dialogo nel futuro, un incontro di rete allargato a tutti/e

gli/le operatori/trici che hanno un ruolo nella situazione e a tutte le persone che l'utente ritiene significative nella sua vita, quali la sua rete familiare e amicale. Nel corso dell'incontro il/la facilitatore/trice accompagnerà i/le partecipanti nel "buon futuro" che andrà definendosi attraverso le parole e gli interventi di tutti i presenti. A ritroso poi sarà costruito un piano di azione operativo con impegni concreti e scadenze.

Lo stesso dialogo nel futuro o il learning caffè possono essere utilizzati anche come strumento chiave per il cambiamento organizzativo all'interno di un servizio o per la valutazione e innovazione di un progetto.

In Bassa Romagna è stato sperimentato in particolare per strutturare prima gli incontri dell'equipe area Minori e tutela ed in seguito delle aree adulti, anziani e disabili definendo con operatori e operatrici obiettivi e modalità di lavoro quali costruzione dell'ordine del giorno, turni di parola, ecc.

La postura dialogica nei percorsi di elaborazione di strumenti programmatori

L'approccio dialogico è stato sperimentato – da parte della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare – anche nell'ambito di percorsi di elaborazione di strumenti programmatori.

Un esempio su cui si intende focalizzare l'attenzione in questa sede riguarda il quarto Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (Regione Emilia-Romagna, 2022).

A differenza della programmazione precedente, ideata e scritta da un gruppo di lavoro regionale interassessorile composto da figure tecniche dei diversi settori della Regione connessi al tema dell'integrazione sociale dei/le cittadini/e stranieri/e, nel 2021 il gruppo di coordinamento generale e tecnico-operativo del Servizio Politiche per l'integrazione sociale, il contrasto alla povertà e terzo settore ha deciso di cambiare passo e aprire la strada inedita di un processo di lavoro partecipativo e dialogico che non coinvolgesse solo il gruppo interassessorile regionale, ma una platea di attori più ampia e implicata a diverso titolo sul tema migrazione.

La partecipazione può essere attivata in forme e modalità differenti e con l'utilizzo di diversi strumenti metodologici. Per rispondere agli obiettivi di

questo peculiare percorso partecipativo, si è scelto di utilizzare la metodologia dell'approccio dialogico, strumentale nella creazione di setting dialogici, che permettono di “dare voce” a soggetti molteplici, protagonisti a vario titolo delle politiche interculturali e di integrazione sociale, generando una riflessività collettiva e circolare. Le pratiche dialogiche sono state utilizzate per far dialogare, in modo costruttivo, i soggetti di un sistema al fine di: analizzare insieme le prassi, valorizzando quelle più efficaci; individuare le criticità e le potenzialità; definire le azioni concrete, i compiti che ciascuno può assumere e i dispositivi di connessione per il raggiungimento di obiettivi condivisi, collocati nel tempo e nello spazio.

L'approccio dialogico ha permesso di considerare l'apertura al dialogo e l'allestimento dei contesti di confronto e ascolto come aspetti di un percorso che ha tenuto conto di esperienze già in atto e di prefigurazioni, aspettative, desideri.

È stata una esplorazione conoscitiva perché ha reso evidente il criterio di attribuzione del valore dei diversi interlocutori coinvolti, che si è tradotto nel modo in cui si è assegnato significato a quanto accaduto, ai suoi esiti e all'orientamento futuro.

Il percorso di ascolto, partecipativo e dialogico verso il nuovo Programma triennale è durato poco più di un anno e si è declinato in diversi livelli di azione: la definizione di una cabina di regia “dialogica” che si è incontrata periodicamente nell'arco di tutto il percorso; il confronto costante con il gruppo di lavoro interassessorile attraverso 5 incontri dialogici; gli incontri di approfondimento tematici e territoriali (7 focus group dialogici, 2 incontri tematici, un dialogo pubblico verso il nuovo Programma triennale, 4 incontri dialogici e partecipativi territoriali con alcuni Centri interculturali); il confronto con le Consulte degli stranieri; l'elaborazione e la scrittura condivisa del piano; percorso istituzionale di condivisione del Programma verso l'approvazione con delibera di Assemblea Legislativa.

Per il percorso in oggetto sono stati utilizzati alcuni strumenti dialogici particolarmente appropriati per raggiungere gli obiettivi prefissati. Oltre ai dialoghi sulle buone prassi e ai dialoghi nel futuro, si è rilevato di forte interesse lo strumento dei “Cerchi di Andersen” (Olson, Seikkula, Ziedonis, 2014) che permette ai/le partecipanti di condividere tra loro “idee, immagini, sentimenti

e collegamenti che sono emersi nelle loro menti e nei loro cuori” durante l’incontro. Le persone sono invitate a far parte di “cerchi interni” e “cerchi esterni” facendo emergere, durante il proprio turno di parola, sensazioni e pensieri che hanno sentito risuonare dentro di loro mentre erano in ascolto.

Conclusioni

A partire dagli esiti dei precedenti percorsi e dall’intenzione regionale di dare continuità al lavoro svolto negli ultimi anni, oltre al progetto Erasmus Plus già in essere, è in corso di definizione un nuovo percorso di ricerca-form-azione finalizzato ad ampliare e rafforzare l’implementazione dell’approccio dialogico nel sistema regionale dei servizi e allo stesso tempo rappresentare uno spazio di ricerca in cui approfondire da un punto di vista scientifico quanto avviene nei territori che sperimentano l’approccio dialogico. Si cercherà di dare gambe a questo percorso sia nei territori che lavorano già da tempo al superamento dei “silos” organizzativi, garantendo una continuità e un maggiore approfondimento ed espansione dell’approccio dialogico nei loro contesti, sia ampliando la platea di soggetti coinvolti in nuovi territori che potranno candidarsi per iniziare a implementare l’approccio dialogico nel loro ambito territoriale.

Riferimenti bibliografici

- Arnkil, T. E., & Seikkula, J. (2013). *Metodi dialogici e lavoro di rete*. Trento: Erickson.
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination*: Austin: University of Texas Press.
- Buber, M. (2013). *Il principio dialogico e altri saggi*. Milano: Edizioni San Paolo.
- Eriksson, T., & Arnkil, T. E. (2009). *Taking up one’s worries: a handbook on early dialogues*. National Institute for Health and Welfare, Guide 1. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and social representations: the dynamics of mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Olson, M. E., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria*. <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>

LA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE: UNA PANORAMICA DI RESPONSABILITA' OLISTICA

Maria Bertuol
Federico Dibennardo

La comunicazione può considerarsi come abilità di diffusione globale di una o più informazioni (Comunicazione mediatica o di massa) o come abilità interattiva di trasmissione di contenuti pratici ed emotivi tra due o più individualità.

Eppure nonostante le due differenti interpretazioni cambiano moltissimo la matrice, le competenze e le esigenze formative delle abilità sottostanti a queste due entità, entrambe, a diverso titolo, ricorrono all'interno della figura professionale del personale di cura e sanitario.

La comunicazione mediatica e quella relazionale rappresentano una matrice unica presente, ed egualmente importante, nella strutturazione delle individualità che operano nel settore sanitario.

Il seguente contributo si propone di descrivere lo stato dell'arte della comunicazione in ambito sanitario seguendo il modello italiano come esempio e prototipo di sistema da analizzare, cercando di costruire una panoramica complessa della comunicazione in ambito sanitario.

Nello specifico ci si concentrerà sulla comunicazione con i pazienti proponendo una visione multiprofessionale e interprofessionale che metta al centro dei processi di cura il paziente e che consideri come centrali tutte le professionalità che egli incontra nel proprio percorso di cura.

Si proporranno esempi e delucidazioni a sostegno di una visione della comunicazione sanitaria quanto più olistica e multiprofessionale possibile, provando ad andare oltre il lineare lavoro sulla comunicazione efficace tra medico e paziente.

Mass-media, identità e interprofessionalità

In questo paragrafo intendiamo trattare il tema della comunicazione di massa, sviscerando un aspetto in particolare in un'ottica interprofessionale: l'influenza dei mass-media nell'immagine pubblica di una professione.

Ma perché è importante parlare di immagine pubblica? Perché il modo in cui una categoria professionale viene percepita dalla cittadinanza influenza la sua identità e il suo agire professionale e per il principio sociologico di interazione individuo-ambiente, anche le interazioni sociali (Hoeve, Jansen, & Roodbol, 2014, Gutiérrez, & Morais, 2017). Questa percezione condiziona aspetti salienti della collaborazione come la fiducia, l'ascolto, la stima e il rispetto.

Date tali assunzioni, non possiamo ignorare il condizionamento dei mass-media circa l'opinione pubblica di una professione. Diventa una responsabilità inviare messaggi coerenti con la realtà alla popolazione, così che quest'ultima possa realizzare l'importanza del ruolo di ciascuna professione all'interno del complesso sistema che regola il benessere pubblico, creando un ambiente positivo che favorisce atteggiamenti collaborativi e contribuendo alla creazione di un rapporto di fiducia.

Un esempio di messaggio che svantaggia la crescita professionale e il rapporto di fiducia si può riscontrare nella cronaca nera non contestualizzata in situazioni lavorative: si possono leggere talvolta titoli di articoli che appongono la professione come identificativo del carnefice: "professione x + violenza commessa". Si restituisce un'immagine che colpisce l'intera categoria professionale, richiamando nelle future interazioni dei ricordi/rinforzi negativi. Il messaggio che si vuole inviare è che dobbiamo fare attenzione a determinate professioni, rischiando di creare stereotipi, o che è bene saper riconoscere in quale circostanza sono avvenuti i fatti, a prescindere dalla professionalità?

Le narrazioni di cronaca che lasciano spazio a messaggi di fiducia e valorizzazione dei sistemi di reazione, protezione e supporto colgono invece l'occasione di favorire l'immagine di chi ha avuto un ruolo più positivo nella complicata vicenda.

Questo meccanismo si è di fatto messo in atto durante la Pandemia, riscontrando risultati positivi nella percezione che la popolazione residente

in Italia ha avuto dell'infermiere durante la pandemia da covid-19, visto l'impegno in prima linea di questa professione: considerato l'aumento del consumo televisivo e digitale che ha ampliato la popolazione raggiunta e il tipo di narrazione divinizzante si è visto come i mass-media abbiano influenzato la percezione del ruolo infermieristico, che si è modificata in positivo, incrementando la stima verso tale categoria professionale (Foà et al., 2021). Sebbene la rappresentazione mediatica dell'infermiere in passato non sia sempre stata fedele e positiva (Kelly, Fealy, & Watson, 2011, Gradellini, Idamou, & Lusetti, 2013, Stanley, 2012, Weaver et al., 2014, Hall & Weaver, 2001) nel periodo pandemico questo appoggio non è mancato ed ha contribuito ad un maggiore riconoscimento della professione.

Da questo tipo di narrazione assunta durante i primi periodi dell'emergenza covid-19, possiamo ricavare un ulteriore spunto di riflessione: l'attenzione posta in particolar modo alle categorie di medici e infermieri, lasciando spesso in secondo piano altre figure coinvolte nell'emergenza. Il processo di divinizzazione, come abbiamo visto, ha in parte gratificato e fortificato le professioni personalmente interpellate; al contempo può aver scoraggiato coloro che, con un minor se non assente impatto mediatico, hanno contribuito al sostegno e al benessere nella situazione di emergenza. Si cede in una raffigurazione completa dei processi sanitari, che richiederebbe invece un'equa spartizione di responsabilità e di conseguenza anche di riconoscimento.

Crediamo sia importante superare il modello medico-centrico, o in generale professione-centrico: serve un'identificazione al sistema, non solo ai singoli attori dello stesso. Servirebbe coniare una terminologia più inclusiva di tutte le professioni, favorendo un maggiore senso di unione e appartenenza.

L'importanza di come scriviamo e parliamo è filosofia ricercata e il Dott. Alain Rey in primis ha posto l'attenzione nella lingua francese al termine "soignant" per indicare in modo generico una professione d'aiuto, contribuendo a diminuire la gerarchia infermiere-medico (Sala & Scaglioni, 2020).

Un approccio che favorisce la diffusione di un linguaggio comune e inclusivo potrebbe essere il tentativo in Svizzera di integrare la formazione multiprofessionale nel percorso di studi di infermieristica. Nei risultati dello studio condotto in merito è emerso un dato interessante che si collega al

concetto di sviluppo dell'identità professionale precedentemente introdotto: gli studenti descrivono come questa sia stata ostacolata proprio a causa della formazione interdisciplinare.

L'acquisizione di competenze specifiche è essenziale perché queste definiscono, in parte, l'identità professionale. Per questo motivo gli studenti potrebbero aver percepito confusione nell'individuare una competenza infermieristica quando ricevevano una formazione specifica da un diverso professionista.

Considerando però che l'identità è un concetto dinamico e in continua evoluzione (Crocetti, Rubini, & Meeus, 2008), ci rassicura l'esperienza informandoci che l'identità dello studente non sarà la stessa di quando sarà professionista. Anche da professionista la sua identità si adatterà a seconda dell'area lavorativa o cambio di ruolo (Johnson et al., 2012).

Poniamo invece l'attenzione su alcuni aspetti positivi, come la trasmissione di conoscenze informative e pratiche che con il tempo si adatteranno alle competenze infermieristiche; l'ampliamento del punto di vista clinico, rinforzando il concetto di cura olistica; l'approfondimento di alcune necessità intrinseche dei pazienti e dei collaboratori sanitari; lo sviluppo di un linguaggio che favorisce la comunicazione tra le parti; il miglioramento delle relazioni tra colleghi. Non posso collaborare efficacemente con una professione se non comprendo in che modo questa potrà contribuire e l'università può cogliere l'opportunità di trasmettere tali informazioni attraverso una formazione interdisciplinare.

Se la visione olistica e personalizzata è uno degli obiettivi nella sanità, diventa indispensabile conoscere e saper impiegare adeguatamente ogni possibilità che la caratterizza.

Comunicazione con il paziente: una prospettiva multiprofessionale

L'importanza della comunicazione

All'interno delle professioni sanitarie una delle competenze più importanti ai fini di instaurare una buona aderenza alle terapie proposte oltre che collaborazione da parte dei pazienti è l'utilizzo di una comunicazione efficace

e empatica. Un efficace scambio di informazioni, empatia e comprensione reciproca sono elementi chiave per instaurare una relazione di fiducia e ottenere risultati positivi nella cura e nella gestione delle malattie (Lee et al., 2020).

Nello specifico possiamo evidenziare come una comunicazione efficace tra operatori e pazienti possa apportare benefici in diverse modalità e forme, come sotto elencato:

- ***Empatia e sostegno emotivo:*** Lo stato di malattia può causare ansia, paura e stress nel paziente, rispetto alla quale gli operatori sanitari possono dimostrare sensibilità e comprensione. Un'adeguata comunicazione emotiva può contribuire a ridurre l'ansia e promuovere una maggiore aderenza al trattamento. L'empatia aiuta anche gli operatori sanitari a comprendere meglio le esigenze e le aspettative dei pazienti, consentendo una cura più personalizzata e centrata sul paziente.
- ***Consentire la partecipazione attiva del paziente:*** La comunicazione efficace facilita la partecipazione attiva del paziente nelle decisioni riguardanti la propria salute. Gli operatori sanitari possono dunque coinvolgere i pazienti nel processo decisionale, ascoltando le loro preferenze e rispettando la loro autonomia. La condivisione delle informazioni e la discussione aperta delle opzioni di trattamento consentono al paziente di assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute, migliorando l'aderenza alle terapie prescritte e i risultati clinici complessivi.
- ***Prevenzione degli errori e miglioramento della sicurezza:*** Una comunicazione efficace tra operatori sanitari e pazienti contribuisce anche alla prevenzione degli errori e al miglioramento della sicurezza dei pazienti. Gli operatori sanitari possono comunicare in modo chiaro e comprensibile le istruzioni per l'assunzione di farmaci, le misure preventive e i segni di allarme da monitorare. Allo stesso tempo, i pazienti devono sentirsi a proprio agio nel segnalare eventuali errori o incomprensioni. La comunicazione aperta e trasparente riduce il rischio di errori clinici e promuove un ambiente sicuro per la cura del paziente.

Risulta pertanto evidente, in termini fattivi e scientifici, che le abilità comunicative comportano nella relazione medico-paziente una migliore qualità del servizio di cura (Sheppard, 1993, Laschinger & Boss, 1984). Un paziente che si sente ascoltato, compreso e che ha tutti gli strumenti di comprensione di ciò che gli sta accadendo risponde tendenzialmente meglio al processo di cura proposto per lui.

Dalla comunicazione medico-paziente alla comunicazione operatore-paziente

Tuttavia i benefici sopra descritti legati all'ambito della comunicazione non riguardano esclusivamente la relazione medico-paziente, bensì qualunque relazione si interponga nel processo di cura; motivo per cui parliamo di comunicazione operatore-paziente e non solo medico-paziente. Il medico, infatti, non è l'unica figura professionale incontrata dal paziente all'interno del suo percorso di diagnosi e cura nelle strutture preposte.

Ma quali figure allora annoverare all'interno delle mansioni importanti in cui la comunicazione risulta importante al fine di aumentare il benessere del paziente? Uno fra tutto è il ruolo infermieristico e la qualità della sua comunicazione ha un ruolo fondamentale (Bullington et al., 2019).

Non a caso la letteratura pare concentrarsi già ad una visione multiprofessionale della comunicazione in ambito sanitario, individuando la centralità delle figure di cura trasversalmente diverse da quelle del medico, come appunto quella dell'infermiere. Tuttavia le figure che ruotano attorno alla vita dei presidi ospedalieri sono molte di più, basti pensare che il percorso che fa un paziente all'interno del suo percorso di cura: dal triage o comunque da uno spazio di accettazione iniziale, ci si interfaccia spesso con sportelli burocratici per pagamenti e altre questioni amministrative, alcune volte si eseguono esami, altre si fanno visite, altre ancora si viene ricoverati e poi dimessi. In tutti questi contesti sono moltissime le professionalità con cui l'utente interagisce. Il paziente, infatti, passa attraverso il personale amministrativo, quello infermieristico, OSS e molte altre professionalità.

La comunicazione messa in atto da tutte le professionalità che ruotano attorno all'iter del paziente, che ruolo ha sul paziente stesso? Sul suo rapporto con la struttura? Con la fiducia che instaura nei suoi confronti?

Mettendo in ordine le circostanze in cui quasi certamente avviene la comunicazione operatore-paziente è possibile notare come questa non sia minimamente riconducibile alla comunicazione del solo medico o del solo infermiere.

Il paziente passa attraverso il personale amministrativo, quello infermieristico, OSS e altre professionalità che ruotano attorno ai presidi ospedalieri, compreso il personale che si occupa della pulizia.

La comunicazione messa in atto da tutte le professionalità che ruotano attorno all'iter del paziente, che ruolo ha sul paziente stesso? Sul suo rapporto con la struttura? Con la fiducia che instaura nei suoi confronti?

E' bene dunque chiedersi quanto; quando ci si concentra sulla qualità del rapporto medico-paziente, si consideri il contesto multiprofessionale nel quale avviene l'interazione con il paziente e quali attori in causa intervengono.

Pensare alla comunicazione in ottica multiprofessionale: l'esempio del personale amministrativo

Gli impiegati amministrativi ospedalieri, ad esempio, svolgono un ruolo essenziale nel garantire un'esperienza positiva per i pazienti all'interno di un ambiente ospedaliero. Anche se potrebbero non essere direttamente coinvolti nella fornitura di cure mediche, la loro interazione con i pazienti e le loro famiglie può influire significativamente sulla qualità complessiva dell'assistenza sanitaria. Difatti gli impiegati amministrativi svolgono numerose attività già importanti, da un punto di vista comunicativo e di cura, tra queste possiamo riscontrare diverse abilità che sarebbe opportuno riscontrare in questi professionisti.

Questi sono spesso i primi punti di contatto per i pazienti quando arrivano in ospedale. Un'accoglienza cordiale, rispettosa e compassionevole può aiutare i pazienti a sentirsi benvenuti e rassicurati in un momento spesso stressante. Inoltre, fornire un adeguato orientamento aiuta a comprendere i processi ospedalieri, le procedure amministrative e le risorse disponibili, facilitando così il percorso di cura. E' importante inoltre che esercitino un ascolto attivo e attento alle preoccupazioni. Essere empatici e comprensivi nei confronti delle preoccupazioni dei pazienti contribuisce a creare un

ambiente di fiducia e a stabilire una relazione positiva. Spesso questi professionisti sono anche chiamati a risolvere le difficoltà amministrative o problemi nell'accesso ai servizi sanitari.

In generale possiamo dunque asserire che gli impiegati amministrativi ospedalieri svolgono un ruolo di collegamento tra pazienti, personale sanitario e altre strutture amministrative importante per la cura ed il benessere dell'utenza. Questo è solo uno di mille esempi che ha l'obiettivo di stimolare una discussione attiva al centro della quale vi sia l'esperienza del paziente e la qualità della comunicazione che attua e riceve ponendolo in un contesto di cura davvero multicomponentiale e non solamente medico.

L'importanza di pensare al contesto di cura nell'ottica multiprofessionale significa mettere le persone ed i professionisti nella posizione di pensare al loro ruolo in ottica interprofessionale, compreso dunque il personale amministrativo di un ospedale.

In questo caso potremmo presumere che sarebbe utile per gli impiegati e le impiegate ampliare le loro conoscenze amministrative con le abilità interattive e comunicative del sapersi interfacciare con l'utenza; l'empatia e la capacità di ascolto; le abilità di comunicazione chiara ed efficace potrebbe rappresentare a tutti gli effetti una formazione in ottica interprofessionale, allargando quindi il concetto di competenza di un determinato ruolo attraverso diverse contaminazioni, pensando alla cura in ottica multiprofessionale e dunque come composta da plurime professionalità tra loro diverse.

Conclusione

Ecco allora che la multiprofessionalità incontra la transdisciplinarietà e l'interprofessionalità nella formazione del personale e nella consapevolezza che la cura sia un lavoro complesso e completo di ogni aspetto umano e non solo a capo delle figure propriamente dedicate alla responsabilità sanitaria.

Spesso sono queste stesse figure a richiedere un maggiore sostegno da parte delle istituzioni sanitarie, come nel caso della Medicina Generale (MG), dove in un'indagine realizzata da Euromedia research nel 2021 circa la metà dei rispondenti medici si dichiara insoddisfatto dell'organizzazione della MG

nel territorio in cui opera. Tra le richieste per migliorare il servizio vi è la possibilità di avere disponibilità di supporto da personale proprio, avanzato da quasi 1/3 dei rispondenti, dove per personale si intende anche il personale amministrativo. Solo l'1% dei medici intervistati pensa che la MG debba rimanere invariata nel livello attuale.

Anche quando parliamo di educazione e prevenzione subentra la necessità di una maggiore ripartizione di responsabilità: questi campi non sono prerogativa unicamente medica e il carico lavorativo di questi ultimi potrebbe diminuire se si lasciasse maggiore spazio ad altre professioni di emergere nel ruolo previsto dal proprio ambito di competenza. Perché questo avvenga è però necessario iniziare a costruire un clima di fiducia e responsabilità condivisa, è necessario che il sistema sanitario si ripensi in funzione di una collettività professionale che punti ad avere un approccio al paziente quanto più omogeneo e simmetrico possibile. E' necessario che i professionisti si facciano riconoscere nelle proprie competenze, che i ruoli apicali ne concedono lo spazio e che si collabori unanimemente ad una comunicazione chiara, condivisa e inclusiva.

L'esempio riportato vuole essere una semplice iperbole che ha l'obiettivo di allargare la visione sanitaria al contesto di cura nella sua globalità, mettendo al centro l'esperienza del paziente nella sua totalità e non solo i momenti in cui il paziente emerge agli occhi del personale sanitario in corsia, in reparto o in ambulatorio.

Lavorare in ottica interprofessionale significa dunque ripensare al contesto di cura del paziente animando e facendo interagire fra loro tutte le professionalità chiamate in causa nel percorso dell'utenza.

Nota

Il presente artefatto, che ha la fortuna di annoverarsi tra i diversi artefatti di ben più grandi contributi e autori, è il risultato di un fitto lavoro di collaborazione interprofessionale tra un'infermiera di area critica e case care manager ed uno Psicologo Clinico cognitivo.

Il lavoro di contaminazione di competenze transdisciplinare è il motore di questo lavoro, ed è questa motivazione intrinseca estremamente forte e preponderante a sostenere la volontà di divulgare l'importanza e l'efficacia dell'interdisciplinarietà nel mondo della salute.

Riferimenti bibliografici

- Bullington, J. et al. (2019). Communication skills in nursing: a phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*; 39:136-41. 10.1016/j.nepr.2019.08.011
- Crocetti, E., Rubini, M. & Meeus, W. (2008). Capturing the dynamics of identity formation in various ethnic groups: Development and validation of a three-dimensional model. *Journal of Adolescence*; 31(2):207-222.
- Foà, C. et al. (2021). The influence of media representations on citizens' perceptions towards nurses: a comparison between before and after the covid-19 pandemic. *Acta Biomedica*; 92(S2): e2021429.
- Gradellini, C., Idamou, S. & Lusetti, S. (2013). L'infermieristica tra etica ed estetica. La professione descritta dai media. *Professioni infermieristiche*; 66(1):32-38.
- Gutierrez, M. G. R. D. & Morais, S. C. R. V. (2017). Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Revista brasileira de enfermagem*; 70(2):436-441.
- Hall, P. & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ*; 35(9):867-875.
- Hoeve, Y. T., Jansen, G. & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of advanced nursing*; 70(2):295-309.
- Johnson, M. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International nursing review*; 59(4):562-569.
- Kelly, J., Fealy, G. & Watson, E. (2011). The image of you constructing nursing identities in YouTube. *Journal Advanced Nursing*; 68:1804-1813.
- Laschinger, H. K. & Boss, M. W. (1984). Learning styles of nursing students and career choices. *Journal of Advanced Nursing*; 9(4), 375-80.
- Lee, K. et al. (2020). Facilitators and barriers surrounding the role of administration in employee job satisfaction in long-term care facilities: a systematic review. *Healthcare (Basel)*; 8(4):360. doi: 10.3390/healthcare8040360
- Sala, M. & Scaglioni, M. (eds) (2020). *L'altro virus: comunicazione e disinformazione al tempo del covid-19*. Milano: Vita e pensiero. <http://hdl.handle.net/10807/156239>
- Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*; 18(2);246-259.
- Stanley, D. (2012). Celluloid devils: a research study of male nurses in feature films. *Journal Advanced Nursing*; 68(11):2526-2537.
- Weaver, R. et al. (2014). Men in nursing on television: exposing and reinforcing stereotypes. *Journal Advanced Nursing*; 70(4):833-842.

FAVORIRE LA INTERPROFESSIONALITA' ATTRAVERSO LA DIGITALIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CURA: SFIDE ED OPPORTUNITA' NELLA DIGITAL HEALTH

Antonio Bonacaro

La digital health, o sanità digitale, è un campo in rapida crescita che si concentra sull'utilizzo delle tecnologie digitali per migliorare la qualità della vita della persona e contribuire alla implementazione della qualità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute della popolazione. Secondo Topol, la digital health prevede l'uso di Big Data, dispositivi indossabili, tecnologie avanzate per la comunicazione, algoritmi di intelligenza artificiale e robotica per migliorare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la gestione di molteplici patologie in svariati contesti di cura (Topol, 2019).

Un'area di grande sviluppo della digital health è la telemedicina, che consente al personale sanitario di fornire cure a distanza utilizzando tecnologie digitali come la videoconferenza, la chat e il monitoraggio remoto (Ohannessian et al., 2017). La digital health trova larga potenziale applicazione nel monitoraggio e nella gestione del quadro clinico inerente le patologie croniche attraverso l'impiego di applicazioni per dispositivi mobili e indossabili (Klonoff, 2015).

Tale approccio è inteso pertanto a migliorare l'accesso ai servizi sanitari, l'efficacia e l'efficienza delle cure fornite. Tuttavia, come sottolineato da Greenhalgh e colleghi, la complessità delle tecnologie digitali può rappresentare una sfida alla loro implementazione e loro efficace utilizzo (Greenhalgh et al., 2017).

In generale, come sottolineato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità la digital health sta trasformando il modo in cui le prestazioni sanitarie vengono erogate, consentendo una maggiore personalizzazione delle cure e una gestione più efficiente dei dati sanitari (WHO, 2018).

La digital health è resa possibile dall'utilizzo combinato di varie tecnologie avanzate tra le quali distinguiamo:

1. Internet of Things (IoT): una rete di dispositivi connessi a Internet che possono raccogliere e trasmettere dati senza l'intervento umano.
2. Blockchain: una tecnologia che consente di archiviare dati in modo sicuro e trasparente. Opportunità utile alla gestione dei dati sanitari che ne garantisce la sicurezza e la riservatezza.
3. Big Data Analytics: la tecnologia per l'analisi di grandi quantità di dati raccolti da diverse fonti, come i dispositivi IoT e l'estrazione di informazioni utili.
4. Intelligenza artificiale (AI): la capacità di una macchina di imitare l'intelligenza umana e apprendere da essa per migliorare la qualità delle prestazioni e prendere decisioni autonome.
5. Realtà virtuale, aumentata, mista, estesa (VR/AR/MR/XR): tecnologie che creano un ambiente virtuale o integrano elementi digitali nell'ambiente fisico reale.
6. Wearables: dispositivi indossabili come orologi intelligenti, braccialetti per il fitness, dispositivi di monitoraggio del sonno e sensori per la salute, che raccolgono e trasmettono dati.
7. Telemedicina: l'uso di tecnologie di comunicazione e informazione per fornire assistenza sanitaria a distanza, inclusi servizi di diagnosi, consulenza e terapia.

La digital health si prefigge il raggiungimento di numerosi obiettivi e vantaggi, tra cui:

1. Migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie per le persone che vivono in aree remote o che hanno difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie tradizionali (European Commission, 2018).
2. Incrementare la qualità delle cure attraverso l'uso di dati e strumenti digitali per migliorare il percorso diagnostico, il monitoraggio e la gestione delle malattie (KPMG, 2017).
3. Promuovere la prevenzione delle malattie e la salute generale attraverso l'uso di strumenti digitali per monitorare e favorire uno stile di vita sano (WHO, 2020).

4. Migliorare la comunicazione tra i pazienti e i fornitori di prestazioni sanitarie attraverso l'uso di strumenti digitali per la telemedicina, la consulenza online e la gestione dei dati dei pazienti (Fagherazzi et al., 2020).
5. Ridurre i costi della spesa sanitaria attraverso l'automazione dei processi, la riduzione degli errori e la gestione più efficiente delle risorse (KPMG, 2017).
6. Sostenere la ricerca medica e la raccolta di dati sui pazienti per migliorare la comprensione delle malattie e sviluppare nuovi trattamenti (European Commission, 2018).

Secondo quanto asserito da Barr e colleghi, la programmazione dei servizi sanitari basata sui dati è fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza e la soddisfazione del paziente (Barr et al., 2012).⁴⁶ Inoltre, uno studio condotto da Kujala e gruppo di ricerca ha evidenziato che l'implementazione di soluzioni di telemedicina può ridurre i costi di assistenza sanitaria del 25% (Kujala, Rajala, & Ammenwerth, 2014).

La digital health può essere applicata a livello comunitario per migliorare la salute della popolazione attraverso l'uso di tecnologie digitali. Ad esempio, i dati raccolti da tecnologie indossabili possono essere utilizzati per monitorare la salute della popolazione, identificare le tendenze epidemiologiche e sviluppare strategie di intervento geo-riferite. Inoltre, la digital health può essere utilizzata per migliorare l'accesso ai servizi sanitari attraverso la telemedicina e la consulenza online.

Uno studio ha esaminato l'effetto della telemedicina in una comunità rurale degli Stati Uniti concludendo che la stessa può migliorare l'accesso ai servizi sanitari e ridurre i costi dei servizi per i pazienti e i fornitori di servizi sanitari (Bashshur et al., 2016). Inoltre, ad ulteriore supporto di tale tesi, si esprime uno studio sulle abitudini all'esercizio fisico delle donne adulte in sovrappeso che ha dimostrato come l'uso di un'applicazione mobile per il monitoraggio dell'attività fisica abbia migliorato la motivazione e l'aderenza ai programmi di esercizio fisico consigliati (Fukuoka et al., 2015).

46 Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital quarterly*, 2015;17(4), 8-16.

La digital health ha trovato applicazione anche in ambito ospedaliero, ove permette di migliorare la qualità dell'assistenza e l'efficienza dei servizi sanitari. In particolare, l'utilizzo di tecnologie digitali può agevolare la gestione dei dati clinici, la comunicazione tra i professionisti sanitari e il monitoraggio remoto dei pazienti.

Tra le tecnologie più utilizzate nell'ambito ospedaliero ci sono i sistemi di registrazione elettronica dei dati clinici, di supporto decisionale, di telemedicina e di monitoraggio remoto dei pazienti, di gestione delle prescrizioni e della somministrazione della terapia farmacologica e in ultimo non per importanza i sistemi di supporto alla gestione delle risorse ospedaliere.

Uno studio condotto da Greenhalgh e colleghi ha evidenziato come l'implementazione di sistemi di registrazione elettronica dei dati clinici possa migliorare l'accuratezza e la tempestività della documentazione clinica, ridurre gli errori e migliorare la continuità delle cure (Fukuoka et al., 2015). Inoltre, i sistemi di telemedicina e di monitoraggio remoto dei pazienti possono essere utilizzati per il follow-up post-operatorio e la gestione di patologie croniche, migliorando la qualità della vita degli utenti, assicurando la continuità delle cure e limitando il ricorso ai ricoveri ospedalieri (Kruse et al., 2017).

Ulteriore preziosa opportunità offerta dalla digital health è costituita dai digital twins.

I digital twins vengono utilizzati per simulare e monitorare il funzionamento del corpo umano e per personalizzare i percorsi diagnostico-terapeutici. Ad esempio, sono stati creati digital twins di specifici organi o apparati quali il cuore, il cervello e i polmoni per valutare il loro funzionamento e prevedere il presentarsi di condizioni patologiche (Ehteshami Bejnordi et al., 2021). Inoltre, i digital twins mediante la personalizzazione dei trattamenti esaltano l'efficacia dell'approccio terapeutico limitandone gli effetti indesiderati (Casanova, 2019).

Uno degli esempi più promettenti di utilizzo dei digital twins è quello della chirurgia virtuale. I chirurghi possono utilizzare i modelli costituiti dai digital twins per simulare gli interventi chirurgici prima di eseguirli sui pazienti reali, migliorando la precisione e la sicurezza delle procedure (Mitsouras et al., 2018).

Inoltre, i digital twins possono essere utilizzati anche per la prevenzione delle malattie. Ad esempio, i modelli di digital twins permettono di stimare il rischio di sviluppare malattie croniche come il diabete, l'obesità e le patologie

cardiovascolari, e di identificare le strategie preventive più efficaci per ridurre il rischio (Wang et al., 2021).

In sintesi, l'utilizzo dei digital twins presenta grandi potenzialità per migliorare l'accuratezza nella diagnosi, nella cura e nella prevenzione delle malattie. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per valutare l'efficacia di questi modelli e per garantire la loro affidabilità e sicurezza.

Tuttavia, l'implementazione di tecnologie digitali in ambito ospedaliero richiede un'adeguata formazione dei professionisti sanitari, nonché una revisione dei processi di lavoro e delle infrastrutture tecnologiche anche in una ottica interprofessionale (Topol, 2019).

La digital health è quindi in grado di favorire l'interprofessionalità, ovvero la collaborazione tra professionisti sanitari provenienti da diverse discipline, grazie all'utilizzo di tecnologie e strumenti digitali che consentono loro la condivisione di informazioni e una più efficace ed efficiente collaborazione. In uno studio condotto da Rizvi e colleghi, si è evidenziato che l'implementazione di tecnologie digitali nel contesto sanitario ha permesso di migliorare la collaborazione interprofessionale, facilitando la comunicazione tra i professionisti e favorendo la condivisione di informazioni tra di essi (Rizvi et al., 2018). Inoltre, l'interprofessionalità è stata promossa anche attraverso la possibilità di accedere a dati e informazioni aggiornate in tempo reale, che hanno consentito una migliore gestione dei pazienti e una maggiore efficienza nella prestazione sanitaria.

Un altro studio condotto da Kannampallil e relativo gruppo di ricerca ha evidenziato come l'interprofessionalità possa essere favorita dall'impiego di tecnologie di supporto alle decisioni cliniche, che consentono ai professionisti sanitari di avere accesso a informazioni e dati aggiornati sui pazienti in tempo reale, migliorando così la qualità delle prestazioni (Kannampallil et al., 2018).

Sebbene le tecnologie afferenti alla digital health siano disponibili già da tempo e costituiscano una occasione preziosa per favorire l'integrazione dei saperi e lo sforzo congiunto dei diversi professionisti al fine di garantire cure di elevata qualità tale approccio stenta a trovare ampia diffusione.

Infatti, come ampiamente sottolineato da Anderson e colleghi l'introduzione nella pratica clinica di cambiamenti richiede l'adozione di strategie educative, culturali ed infrastrutturali (Anderson et al., 2018).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità cogliendo appieno tali sfide ha lanciato nel 2020 la “Global Strategy On Digital Health 2020-2025” allo scopo di favorire il raggiungimento dei seguenti obiettivi (WHO, 2021):

- Promuovere la collaborazione globale e il progressivo avanzamento delle conoscenze sulla digital health
- Favorire la implementazione della digital health quale strategia nazionale
- Potenziare la capacità di governo della digital health a livello globale, regionale e nazionale
- Favorire l'adozione di sistemi di digital health che pongano al centro il cittadino-utente

A ridosso di tale importante iniziativa sempre più crescenti studi focalizzano l'attenzione sul concetto di interprofessionalità con l'intento di stabilire quali siano le core competencies negli studenti delle lauree sanitarie in questa particolare prospettiva.

Sotto questo aspetto si rivela di particolare rilievo il lavoro di recente pubblicato da Andersen e colleghi inteso a stimolare il dibattito interprofessionale e a stabilire gli indicatori di competenza degli studenti delle lauree sanitarie promuoventi una proficua pratica interprofessionale (Andersen et al., 2023). Il lavoro ha visto coinvolti esperti neozelandesi di rilievo nazionale nelle seguenti discipline: scienze infermieristiche, tecniche di radiologia, scienze paramediche, counselling, assistenza sociale, psicologia, osteopatia, fisioterapia, scienze motorie, terapia occupazionale, ostetrica e formazione interprofessionale (medicina). Lo studio ha permesso l'identificazione di un set di 73 importanti indicatori di competenze interprofessionali organizzati in 6 domini quali: comunicazione, leadership, relazioni interpersonali e mutuo aiuto, supervisione e consapevolezza situazionale, sapere dello studente e competenze dello studente. Tra i 73 indicatori spicca inaspettatamente quello di followership ovvero la capacità di ben accogliere suggerimenti e guida da parte dei singoli membri dell'equipe interprofessionale. Alla luce di questo inedito aspetto potrebbe essere auspicabile pertanto che i ruoli di leader e di follower all'interno dell'equipe interprofessionale possano essere flessibili a seconda delle condizioni cliniche del paziente, delle risorse materiali

disponibili, del contesto clinico e delle competenze e dell'esperienza di ciascun singolo componente.

Risulta chiaro che solo mediante una attenta e sensibile rivisitazione dei curricula di studi sarà possibile stabilire chiare aspettative e standard di valutazione tanto nei confronti degli studenti, del mondo accademico nonché del sistema sanitario creando così le condizioni per un sistema di cure più inclusivo e centrato sul paziente. L'interiorizzazione di queste competenze contribuirebbe fortemente alla costruzione di una cultura della interprofessionalità e favorirebbe di riflesso l'adozione della digital health quale strumento potente e versatile a servizio del paziente e della comunità interprofessionale.

Riferimenti bibliografici

Anderson, R. J. et al. (2018). Electronic health record tool to promote team communication and early patient mobility in the intensive care unit. *Critical care nurse*, 38(6), 23-34.

Barr, V. et al. (2015). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital quarterly*, 17(4), 8-16.

Bashshur, R. L. et al. (2016). National telemedicine initiatives: essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health*, 22(12), 993-1000.

Casanova, R. et al. (2019). Digital twins for personalized medicine: A systematic review. *IEEE Access*, 7, 35321-35335.

Ehteshami Bejnordi, B. et al. (2021). Developing and validating a prognostic model for covid-19 respiratory deterioration. *Nature communications*, 12(1), 1-11.

European Commission. (2018). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society. Brussels: European Commission.

Fagherazzi, G. et al. (2020). Digital health strategies to fight covid-19 worldwide: challenges, recommendations, and a call for papers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e19284.

Fukuoka, Y. et al. (2015). Innovation to motivation—pilot study of a mobile phone intervention to increase physical activity among sedentary women. *Preventive medicine reports*, 2, 699-704.

Greenhalgh, T. et al. (2017). "Real-world implementation of video outpatient consultations at macro, meso, and micro levels: mixed-method study." *BMJ*, 356:j1317.

Kannampallil, T. G. et al. (2018). Supporting Interprofessional Teamwork in Health Care with the Electronic Health Record. In *Proceedings of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (p. 478). ACM.

Kujala, S., Rajala, R., & Ammenwerth, E. (2014). Healthcare professionals' experiences of the

effects of telemedicine--a systematic review. *Journal of medical systems*, 38(9), 1-16.

Kruse, C. S. et al. (2017). Healthcare information technology adoption: a systematic review of technology acceptance models. *Health and technology*, 7(1), 1-22.

Klonoff, D. C. (2015). "The current status of mHealth for diabetes: will it be the next big thing?" *Journal of Diabetes Science and Technology*, 9(3): 422-431.

KPMG. (2017). *Connected health: How digital technology is transforming health and social care*. London: KPMG.

Mitsouras, D. et al. (2018). Medical 3D printing for the radiologist. *Radiographics*, 38(7), 2018-2036.

Ohannessian, R. et al. (2017). "Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the covid-19 pandemic: a call to action." *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2): e18810.

Rizvi, R. F. et al. (2018). The impact of digital health technologies on care coordination: a systematic review of the literature. *Med informatics insight*, 11, 1178222618784585.

Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature medicine*, 25(1), 44-56.

Wang, Q. (2021). New insights into the covid-19: Yan et al. *BMC Medicine*, 19(1), 1-5.

WHO - World Health Organization (2018). "Digital health." Disponibile su: https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_1

WHO - World Health Organization (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. Andersen, P., Broman, P., Tokolahi, E., Yap, J. R., & Brownie, S. (2023). Determining a common understanding of interprofessional competencies for pre-registration health professionals in Aotearoa New Zealand: A Delphi study. *Frontiers in Medicine*, 10.

RICERCA APERTA E OPEN DATA PER LE SFIDE DI OGGI E DI DOMANI

Paola Masuzzo

Sono molto grata di essere qui questo pomeriggio perché in questo webinar sento tante cose che sono per me arricchenti e quindi spero di poter aggiungere un piccolo tassello ad un puzzle che è molto complesso e variegato.

Quello di cui vorrei parlare oggi – per l'appunto- è di dati aperti, in particolar modo di come pratiche di ricerca aperta ci possono aiutare per affrontare le sfide di oggi e quelle di domani anche nell'ambito della sanità. In particolar modo vorrei fare una piccola introduzione sul perché si parla di ricerca aperta parlando per l'appunto del caso degli Open data, soprattutto in relazione all'ultima emergenza sanitaria della pandemia da covid-19, ed infine due parole su che cosa siano le cose più importanti su cui focalizzarci per catalizzare un cambiamento per la transizione verso pratiche di ricerca più aperte.

Si parla da tanto tempo di aprire il mondo della ricerca. Ho ripreso alcuni passaggi di un documento molto importante che sottolinea per l'appunto la necessità non solo di un dibattito democratico sulla produzione e sull'uso della conoscenza scientifica, ma anche sul fatto che per affrontare le importanti questioni etiche, sociali, ambientali e sanitarie c'è bisogno sempre di più di sforzi interdisciplinari e questo la pandemia ce l'ha fatto notare.

Nel lontano 1999 in occasione della Conferenza Generale dell'Unesco è stato stilato un documento proprio a sottolineare che da tempo si parla del fatto che pratiche di ricerca più aperte più collaborative -e quindi la condivisione della conoscenza scientifica- siano quello che ci serve per essere più preparati ad affrontare le sfide del futuro.

Questo un po' si ricollega a quello che il primo sociologo della Scienza e Tecnologia, Robert Merton, aveva già individuato nel 1942 delineando nel comunitarismo epistemico, l'universalismo, il disinteresse e lo scetticismo organizzato una cornice normativa e di valori che stanno un po' alla base della professione della ricerca per cui il comune il sapere deve essere messo

in comune e bisogna ricercare la verità o essere quanto più vicini alla verità andando al di là del benefici personali.

Adesso si parla tanto di Open Science, ovvero di scienza aperta, di ricerca aperta. Io credo personalmente che siamo infine arrivati a un sentire comune in cui ci rendiamo conto, soprattutto a causa delle sfide degli ultimi anni e quelle che purtroppo a mio avviso ancora arriveranno nel futuro, che l'unico modo responsabile per fare ricerca, per valutarla e per pubblicare queste ricerche, sia un modo più aperto e più partecipativo. Bene, uno dei modi in cui questa cosa si possa comprendere più facilmente è quando si pensa ad un prodotto della ricerca standard come quello dei paper, o degli articoli scientifici. Qui ho provato a delineare un po' se vogliamo il flusso di produzione di un articolo scientifico; quando l'articolo è pronto in genere quello che succede -ahimé- è che viene bloccato dietro dei paywall; per cui poi le biblioteche di università e istituti di ricerca pagano gli abbonamenti alle riviste, oppure i singoli cittadini e cittadine pagano gli articoli per poterli leggere anche dopo aver già pagato. Purtroppo i diritti di riutilizzo di questi testi sono molto limitati o assenti, per cui nel complesso questo processo non sembra essere proprio quello di cui abbiamo bisogno per massimizzare l'impatto della conoscenza e della produzione scientifica; quindi si parla sempre di più di una transizione verso l'alternativa dell'Open Access secondo cui sostanzialmente si utilizzano invece delle policy di pubblicazione aperta, in cui sia il pubblico che gli istituti di ricerca possono scaricare gratuitamente gli articoli dai repositories aperti e quindi accelerare anche la produzione di conoscenza e, in particolar modo però, io oggi vi vorrei parlare del caso degli open data perché all'interno della transizione del movimento dell'Open Science si incoraggiano i ricercatori e le ricercatrici a condividere tutti i prodotti della ricerca al di là dell'articolo che viene pubblicato come ultimo step del resto.

Se si pensa alla ricerca che facciamo oggi, che ci piaccia o meno, essa è continuamente informata dai dati e senza i dati una ricerca non è riproducibile; spesso quando mancano i dati a supporto delle pubblicazioni gli studi non possono essere riprodotti. Questo succede in tante discipline ed è poco trasparente e inefficiente perché se non c'è condivisione e gestione dei dati questi non possono essere riutilizzati. Spesso si utilizzano risorse importanti

andando a duplicare gli sforzi e tutto ciò è sicuramente di minore impatto sociale ed economico.

Quando la ricerca è opaca, ovvero non è collaborativa e è partecipativa, non contribuisce davvero al benessere collettivo e globale. Negli ultimi tempi si parla non solo di dati che sono aperti, ma di dati che devono essere anche rintracciabili da macchine e da esseri umani e qui ritorna anche un po' quello che sentivamo prima in termini di design di Machine Learning e di Intelligenza Artificiale. I dati devono essere accessibili; devono essere interoperabili; devono essere riutilizzabili, ed in particolar modo si parla dei dati aperti quando questi possono essere liberamente utilizzati, riutilizzati e ridistribuiti da chiunque.

Quindi l'unico modo per poter garantire che i dati scientifici a supporto di una pubblicazione scientifica siano per l'appunto aperti è di avere almeno tre stelle secondo un paradigma noto come cinque stelle, che è stato delineato tanti anni fa secondo cui i dati hanno le caratteristiche di licenza aperta. Se i dati sono strutturati ad hoc anche le macchine riescono a leggerli; il formato in cui i dati sono rappresentati deve essere un formato aperto. E in particolar modo quello che è successo con la pandemia da covid-19 e ci siamo resi conto a un certo punto che effettivamente il modo in cui la ricerca viene solitamente condotta e gli articoli scientifici vengono solitamente scritti, pubblicati e condivisi non è proprio il modo più efficiente. In un certo senso è come se con la pandemia il mondo della ricerca avesse tirato un freno d'emergenza e tutti noi ci fossimo resi conto della necessità dei dati aperti, in quanto condividere nozioni e conoscenze intorno a questo coronavirus il più velocemente e più apertamente possibile ci ha potuto aiutare a studiarlo e contrastarlo.

Effettivamente una lezione forse l'abbiamo imparata e speriamo che questa lezione adesso diventi parte normativa per l'appunto di un nuovo modo di fare ricerca. Ovviamente non ho tempo per parlare di tutte queste lezioni che abbiamo imparato dalla pandemia, ma ho scritto un articolo un paio di anni fa assieme ad una lista di colleghi e colleghe (Besançon et al., 2021) che per l'appunto sottolinea ampiamente come la ricerca aperta possa salvare vite umane soprattutto quando la ricerca è aperta in ambiti come quello epidemiologico, della salute e della Sanità.

Purtroppo ci sono degli studi che dimostrano che sia per il covid-19 che per altre tematiche scientifiche, meno del 20% degli studi riportati in letteratura sono accompagnati dai dati disponibili. Spesso i dati non ci sono e capiamo bene quindi quanto lavoro c'è ancora da fare.

E a proposito di lavoro da fare vi voglio riportare la campagna di DatiBeneComune⁴⁷ lanciata da Ondata di cui sono socia e segretaria del Consiglio di amministrazione assieme a Transparency International Italia e Actionaid. DatiBeneComune è una campagna nazionale per sensibilizzare all'adozione dei dati aperti; al governo italiano ha chiesto quasi da subito a marzo del 2020 di aprire di rilasciare i dati relativi alla pandemia da covid-19. Ci sono tantissimi casi nella letteratura scientifica relativi alla Sanità, ma anche in tantissime altre discipline che dimostrano che dati aperti significano ricerca più veloce, ricerca più inclusiva e ricerca più efficiente: Open Source malaria è uno di questi; Nextstrain⁴⁸ è uno sforzo collaborativo per migliorare la comprensione epidemiologica e migliorare la nostra risposta alle epidemie; un altro esempio riguarda l'ambito delle Neuroscienze con OpenNeuro⁴⁹, un altro progetto ancora molto grande basato per l'appunto sulla condivisione delle risorse.

Per concludere

Come fare effettivamente in modo che tutti i ricercatori e le ricercatrici condividano i propri dati? Io vi consiglio di leggere un articolo molto ben scritto (Huston, Eddge, & Bernieri, 2019) che parla per l'appunto di come poter beneficiare al massimo dell'apertura di dati all'interno della sanità pubblica e anche quindi della ricerca che va ad informare la sanità pubblica. In questo articolo si parla di due cose fondamentali: di uno shift tecnologico e di uno shift sociale e culturale. A mio avviso lo shift tecnologico non è il più importante, ma non è più un ostacolo come poteva essere 20-30 anni fa; oggi la tecnologia per rilasciare dati aperti esiste. Quello su cui dobbiamo ancora lavorare è lo shift sociale e culturale.

Concludendo, abbiamo visto che bisogna investire nella produzione dei dati, soprattutto dati di qualità; bisogna investire nelle persone che si prendano

47 <https://www.datibenecomune.it/>

48 <https://nextstrain.org/>

49 <https://openneuro.org/>

cura dei dati e quindi supportare le persone che fanno ricerca con altre figure professionali specifiche che abbiano a che fare con dati e che siano dotate di competenze di programmazione e competenze informatiche generali. A livello manageriale le priorità di investimento per l'appunto vengano dedicate a un certo tipo di competenze, anche perché sebbene adesso la ricerca sia informata dai dati non possiamo pretendere che i ricercatori e le ricercatrici siano in grado di saper fare proprio tutto.

Riferimenti bibliografici

Besançon, L. et al. (2021). Open science saves lives: lessons from the covid-19 pandemic. *BMC medical research methodology*, 21(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01304-y>

Huston, P., Edge, V. L., & Bernier, E. (2019). Reaping the benefits of Open Data in public health. *Canada communicable disease report = Releve des maladies transmissibles au Canada*, 45(11), 252–256. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v45i10a01>

DISABILITA' AUTODETERMINAZIONE E QUALITA' DELLA VITA

Dimitris Argiropoulos

Interrogarsi alla domanda “cos'è la disabilità” cercando risposte e definizioni, considerando pienamente i pregiudizi che la descrivono solo ed esclusivamente attraverso un'ampia negatività.

Si propongono due livelli di lettura:

- uno orizzontale in cui vediamo corpo, funzioni, attività e partecipazione e in che modo questi sono legati ad espressione di una situazione di deficit;
- un'altra lettura è quella verticale che va dalla condizione fisica ai fattori contestuali e come essi interagiscono e influenzano le strutture e le attività e la partecipazione.

Il fattore contesto non è solo tutto ciò che è fisico ma anche le persone, le relazioni, le comunità di appartenenza, le istituzioni di riferimento e i fattori contestuali includono quelli ambientali e personali in un orizzonte di questioni e cose: i primi identificano l'ambiente fisico sociale e politico in cui le persone vivono e svolgono le principali attività sociali e di vita; i secondi riguardano le caratteristiche della persona e dell'esperienza individuale che non entra a far parte direttamente di una condizione di salute ma che in qualche modo la condizionano. Da questa visione quindi si potrebbe prospettare un cambiamento positivo in quanto il termine stesso funzionamento fa riferimento ad uno stato di interazione positiva che produce benessere fisico, psichico e sociale che riguardano e si declinano sulla singola persona.

Definizioni

La Convenzione di New York dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità, è chiara: gli Stati devono riconoscere alle persone con disabilità il diritto all'istruzione, allo

sviluppo della personalità e dei talenti, al pieno sviluppo del potenziale umano. Gli Stati devono mettere in grado le persone con disabilità di partecipare effettivamente a una società libera⁵⁰.

Da questa indicazione si deduce che se il modello medico (ICIDH) riduceva la disabilità a problema fisico dei soggetti che la affrontano. Uno sguardo più esteso deriva invece dal modello di Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) che identifica tanto la disabilità quanto la salute in generale e soprattutto a partire dall'interazione tra soggetto e ambiente/contesto. Questo modello presuppone che chiunque persona in certa misura in relazione alle proprie funzioni potrebbe avere qualche forma di disabilità (Leonardi, 2010).

Il passaggio dalla definizione ICIDH a quella ICF rispecchia, a sua volta, un'evoluzione scientifica, culturale e politica nel modo di concepire la disabilità. Ai limiti dell'approccio medico tradizionale, che intendeva le persone con disabilità come portatori di un deficit intrinseco, soggetti da curare per essere adattati il più possibile al mondo dei non disabili, ha reagito dapprima il modello sociale, che ha riletto la disabilità non come destino ineluttabile di chi è colpito da limitazioni psicofisiche, ma come condizione di svantaggio causata da fattori sociali modificabili. La classificazione ICF, ha adottato un punto di vista sistemico e integrato di tipo bio-psico-sociale e così ha superato gli opposti riduzionismi dei due modelli precedenti (Zanichelli, 2012).

Quindi, ad oggi ci si sofferma sulle potenzialità del soggetto, sui suoi punti di forza e non più sui limiti del suo deficit. La persona con disabilità, da oggetto passivo di assistenza sociale, diventa qui soggetto attivo e portatore di un punto di vista originale che può offrire un contributo al vivere comune.

50 Articolo 24 Convenzione sui diritti delle persone con disabilità - La Convenzione è stata approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006. L'Italia l'ha ratificata con la Legge 18 del 3 marzo 2009. <http://www.informareunh.it/la-convenzione-delle-nazioni-unite-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita/#Art24>

Disabilita' fisica acquisita

“Nascere con un deficit o subirlo nel corso della vita è totalmente differente. Chi lo subisce accetta difficilmente la propria identità e collocazione nella “diversità”, e quindi non lotta, si abbatte” (Schiavina, 1995). Anche se, non sempre.

Prima di introdurre questo tema nello specifico, mi soffermo a quelle che sono le differenze tra tre termini che nel mondo comune vengono utilizzati indistintamente.

Deficit: *deriva dal latino “deficere” e dunque “mancare”. Difatti, con deficit si intende la mancanza, la disfunzionalità, la menomazione, che può essere acquisita o congenita per eventi più o meno traumatici nel corso della vita; è un evento irreversibile e come tale influenza la vita della persona.*

In sostanza è una mancanza motoria, fisica, sensoriale rispetto all'integrità e interezza del soggetto; è permanente ed è riferibile alla persona;

Handicap: *è il prodotto dell'interazione della persona con deficit in un contesto che produce, quindi, uno svantaggio; è lo svantaggio sociale derivante dal deficit.*

È quindi uno svantaggio che deriva dall'incontro tra il soggetto e il contesto e non è attribuibile alla persona;

Disabilità: *Secondo la definizione fornita dall'OMS, e universalmente riconosciuta, il termine disabilità si riferisce alla capacità della persona di condurre autonomamente le attività fondamentali della vita quotidiana.*

Dunque, la disabilità riguarda la sfera del poter esprimere tutto ciò che si è e che si sa fare nel contesto in cui la persona vive; è la ricaduta sociale del deficit.

Già dal 1980 nel documento ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)⁵¹ troviamo questa classificazione ed è importante notare come l'OMS abbia voluto sottolineare non solo ciò che manca al soggetto e dunque il riconoscimento della sua disfunzione ma anche e soprattutto, tutto ciò che il soggetto può realizzare ed eseguire definendo così il suo livello di attività e partecipazione alla vita sociale.

51 https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=1&art.versione=1&art.codiceRedazionale=098A4518&art.dataPubblicazioneGazzetta=1998-05-30&art.idGruppo=0&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=2

A partire da queste definizioni, mi soffermo al concetto di disabilità fisica acquisita:

La disabilità fisica congenita origina prevalentemente da un'anomalia genetica, la disabilità fisica acquisita è conseguenza di un danno organico che può essere post-traumatico (lesione vertebro-midollare) o conseguenza dell'insorgere di patologie neurodegenerative (sclerosi multipla, atrofia midollare spinale, ecc.).⁵²

Si può dedurre come con questa esplicitazione rimanda ad una condizione di deficit dovuto alle strutture e funzioni corporee che vanno a modificare profondamente la quotidianità della vita della persona. Quotidianità che deve iniziare a considerare e ad affrontare l'introduzione di nuovi strumenti (sedia a rotelle, deambulatore, bastoni) che possano permettere il normale svolgere delle attività e un certo grado di autonomia personale.

Tale tipo di disabilità riduce notevolmente la mobilità della persona che non riesce più ad utilizzare le gambe, le braccia o il busto, fino a incidere negativamente sul suo movimento che diventa col tempo molto ristretto e spesso quasi assente.

La disabilità fisica acquisita, dunque, al suo arrivo porta con sé un'iniziale paura in quanto si rivela essere un evento traumatico e improvviso che porta il soggetto e chi ruota intorno alla sua vita a guardarsi dentro e ad accettare man mano una nuova immagine di sé.

Immagine che va a scontrarsi con le tante che il mondo e la società hanno nei confronti delle persone con disabilità, piene di pregiudizi ed etichette.

M. Mercier (1999) ripreso da Medeghini, ha evidenziato la presenza di specifiche immagini sociali che vengono utilizzate per spiegare processi differenti che da un lato descrivono un processo cognitivo individuale e dall'altro evidenziano una struttura socialmente costruita dai modi di conoscenza generici in seno ad una società che a sua volta determina le attitudini, i comportamenti, le opinioni a proposito degli individui, della società e della natura.

Cinque sono le categorie di immagine (Medeghini, 2010):

- **Immagine semiologica:** attribuisce ai soggetti con disabilità fisica *l'immagine di un corpo colpito, impotente e incapace di fare ponendo*

⁵² <https://lavoratoricondisabilita.it/disabilitafisiche/#:~:text=La%20disabilit%C3%A0%20fisica%20congenita%20origina,midollare%20spinale%2C%20ecc.>

l'accento sul deficit inteso come mancanza e negatività e l'idea che viene veicolata è la negazione della potenzialità, della qualità e delle possibilità di sviluppo;

- **Immagine della figura da sostenere:** *veicola un'immagine della disabilità infantilizzante, come bambini incapaci di essere autonomi e di inserirsi con le loro forze nella vita sociale;*
- **Immagine secondaria:** *pone l'accento sull'assistenza tecnica, su oggetti riparatori e compensatori;*
- **Immagine affettiva:** *riflette la maniera in cui è tradotto il vissuto affettivo della persona con disabilità; la persona con disabilità fisica trasmette un'immagine di voglia di vivere, di volontà di adattarsi, di capacità di riscatto;*
- **Immagine relazionale:** *riguarda le relazioni affettive che gli altri hanno con le persone con disabilità*

Le prime immagini sono in contrasto con la parte teorica sul concetto di disabilità in quanto presentano una visione negativa di tale condizione che va ad influenzare il soggetto oltre al piano fisico, anche su quello psicologico. Questo perché la persona fa difficoltà a guardarsi e riconoscersi come prima o il ripensare sempre a come si era e a come si viveva prima di questo evento; è difficile perché, come già detto, la persona deve fare i conti con la società e i suoi filtri culturali, con gli sguardi degli altri, con i ricordi e con gli stereotipi che si sono andati a costruire intorno al concetto di “disabilità”.

La disabilità fisica acquisita porta con sé una nuova strutturazione degli spazi e in particolare della relazione corpo-spazio-tempo in quanto si viene a creare un distacco tra “un prima” e “un dopo”, tra una sensazione di “perdita” di ciò che è stato negli anni, ma una di “speranza” e “rivincita” per quello che verrà. Murphy (1987) descrive le sue ricerche nella e sulla disabilità come una specie di distacco progressivo del corpo dal mondo.

Al peggiorare della mia condizione, ho cominciato a considerare il mio corpo come un sistema difettato di sostegno alla vita, la cui unica funzione è di sostenermi la testa...La mia soluzione al problema è stata la radicale dissociazione del corpo, una specie di esternalizzazione dell'identità. Forse uno dei motivi del successo in

questo adattamento è che non sono mai stato troppo orgoglioso del mio corpo (Medeghini, 2010, p. 103)

Da questo brevissimo racconto si può capire come Murphy ha affrontato questo evento: una separazione tra mente e corpo visto e percepito solo come un qualcosa da curare e tenere a bada.

Il più grande ostacolo che deve affrontare una persona per una piena partecipazione sociale non è legato ai suoi difetti fisici, quanto piuttosto all'intreccio di miti, paure e fraintendimenti che la società gli ha messo addosso (Murphy, 1995, p. 140)

Miti e paure che tutt'ora sono evidenti e che non aiutano la persona con disabilità a creare o a ricrearsi un'identità. Guardarsi e non riconoscersi all'inizio porta ad un'alienazione da sé stesso e dalla vita; ciò che serve è sicuramente tempo. Tempo per metabolizzare quello che è accaduto, tempo per ritrovare il proprio sé, tempo per ricominciare a relazionarsi con gli altri, tempo per "sopportare" il dolore di un corpo che non è quello che si vuole e che non tornerà più come in precedenza. Tempo significativo che man mano fa prendere coscienza al soggetto con disabilità che nonostante le sue funzioni e strutture corporee siano compromesse, gli obiettivi che si era posto nell'arco della sua vita, sono comunque raggiungibili. Forse, ciò che cambia è il modo per raggiungerli, ma di certo non devono essere trascurati.

Susan Wendell, nel suo libro *The Rejected Body*, spiega bene come il percorso di identificazione ed affermazione di sé di una persona con disabilità passa attraverso quel passo indispensabile del riconoscimento di sé come una persona disabile (Federici, 2002):

Il riconoscere me stessa come una disabile certamente ha chiesto che io cambiassi la mia - auto identità - e mi pensassi in modo radicalmente nuovo. Questo ha chiesto di accettare la realtà del marchio di essere una malata cronica, specialmente la vergogna di essere incapace di compiere molte cose che le persone ancora si aspettavano che io facessi. Ciò ha richiesto anche che io reimmaginassi la mia vita con un nuovo corpo, assai più limitato e definitivamente scomodo, per poi riorganizzare il mio lavoro, la mia casa e le mie relazioni sociali

al fine di rendere possibile questa differente vita. Tutto ciò fu difficile, ma un'altra cosa fu di grande aiuto per il cambiamento della mia identità. Compresi che avrei potuto dare un senso a tutto ciò che mi mancava parlando con altre persone con disabilità e leggendo libri e articoli. Quando mi identificai come una persona con disabilità, non mi sentii più di combattere da sola (p. 26-27)

Leggendo attentamente questa descrizione emergono dei tratti molto chiari della disabilità acquisita. A seguito dell'evento, si ritorna alla quotidianità, o meglio ad una nuova quotidianità che ha bisogno di essere rivista in ogni suo momento. Non è di certo facile iniziare a convivere, in maniera del tutto improvvisa, con dei limiti che prima non c'erano ma che tale situazione ora pone, ma bisogna comunque sempre vedere il lato positivo, ovvero appunto le potenzialità del soggetto.

Occorre inoltre fare i conti con la società in cui si vive, con le sue aspettative e con gli sguardi degli altri; un passo importante da fare è prendere coscienza di quello che si è, di continuare a essere sé stessi anche se diversi da come si era continuando a rielaborare il cambiamento.

Per questa ragione, il primo passo da compiere è quello di identificarsi come un disabile e attorno alla trasformazione del proprio corpo e della propria percezione di sé si deve costruire la nuova routine e la soggettività dell'individuo. Costruzione che ha il sapore di una vittoria che è sorta da un periodo di disorganizzazione ma col desiderio di adeguarsi alla nuova condizione e imparando a controllare nuovamente il corpo nella quotidianità.

Già nell'antichità la ricerca dell'identità era vista come momento fondante della vita e dell'esperienza dell'essere umano. Nella Grecia antica, l'esortazione "conosci te stesso", scritta sul tempio dell'Oracolo di Delfi, riassumeva l'insegnamento del filosofo Socrate affinché l'individuo trovasse la verità dentro di sé, dunque attraverso la ricerca della propria autentica identità, anziché nel mondo delle apparenze.

Nei secoli successivi, la speculazione filosofica aumentò l'interesse per la conoscenza del sé, al fine di esplorare, attraverso l'analisi della propria identità, il senso stesso della vita e della morte. Ma è con l'Umanesimo che va affermandosi un'idea dell'identità frutto della ragione e della volontà del singolo e della comunità. Nasce così il concetto di costruzione dell'identità

individuale come processo che dà continuità e coerenza all'esistenza personale. Caratteristica di questo processo è la capacità di integrare la storia passata, individuale e della comunità di appartenenza, con il presente e con il futuro.

Ad oggi, l'identità è una dimensione psichica complessa che unisce l'immagine che abbiamo di noi stessi e degli altri, le nostre appartenenze e i ruoli sociali che ricopriamo e l'immagine che gli altri hanno di noi. È dunque l'insieme delle rappresentazioni, dei sentimenti, delle memorie che una persona ha di sé, e si costruisce attraverso un processo di successive identificazioni, su cui l'individuo opera una sintesi, ma risente delle conferme, delle opinioni, delle influenze degli altri, soprattutto delle persone significative.

Dunque,

si coglie un duplice livello, personale e sociale, che caratterizza il percorso di riconoscimento ed affermazione di sé. Il livello sociale, poi, si contraddistingue, a sua volta, per un duplice percorso di differenziazione e appartenenza: una differenziazione dalle aspettative di quella comunità di persone 'normali', che si attendono e pretendono ancora comportamenti 'normali', comunità riconosciuta ormai drammaticamente come altra da se, escludente e stigmatizzante, in mezzo a cui si rischia la solitudine; e quindi un'appartenenza ad una nuova comunità di persone 'differenti', attraverso il riconoscimento di quella alterità che la menomazione ha creato, dove la nuova identità è normalità condivisa nella lotta per la vita (Federici, 2002).

Questa spiegazione è racchiudibile nel termine "Aufhebung" usato da Hegel per indicare il procedimento della dialettica che, al contempo, conserva e mette via ciascuno dei suoi momenti; rappresenta la capacità di superare e, nello stesso tempo, di conservare ciò che si è superato.

In sostanza, il soggetto con disabilità acquisita guarderà al futuro non rimpiangendo il passato, ma guardando indietro solo per ricordare a sé stesso le sue mete, preservando tutto ciò che faceva e fa parte di lui; un passato carico di emozioni che faranno da base solida per le tante che il futuro gli porterà.

Le comunità di appartenenza e la società nel suo insieme, dovrebbero cambiare lo sguardo penetrante e deplorabile che pongono sull'altro, la persona con disabilità, non facendolo sentire escluso dalla vita sociale; pregiudizio diffuso

è infatti il credere che il deficit corporeo sia una malattia e molte persone sono dispiaciute e si rammaricano perché credono che la persona con disabilità soffra molto a causa del corpo. La società e le sue istituzioni, dovrebbero spostarsi e diventare propositive relativamente la politica inclusiva che tanto professano a parole, ovvero non creare contesti che offrano supporti o risorse varie a seconda delle varie necessità, ma creare contesti organizzati che siano fruibili a tutti.

Trovo significativa, la poesia di Ermanno Eandi⁵³ dal titolo “Sedia a ruote⁵⁴” con la quale il poeta affronta il concetto di “diversità” in una prospettiva altra, ponendo un accento negativo nei confronti di chi si ritiene normale e che, per questo, crede di avere un merito.

“Sedia a ruote”

Sono immobile eppure mi muovo,
corro, volo, salto,
m’innalzo con la mia fantasia
e raggiungo vette altissime.

Da lì vedo la mia voglia di rivincite,
l’autenticità di essere me stesso,
lontano da quel che sono
ma vicino alla mia pura sensibilità.

A volte vedo gli altri
correre da fermi con i pensieri inariditi,
che fingono di capirmi
con il loro falso compianto
di chi non vola più o, peggio, non ha mai volato.

Dalla mia sedia a ruote spuntano le ali,
faccio capriole nella mente,
mi piaccio e capisco:
che è meglio avere un corpo senza corpo
che una testa senza testa.

(Ermanno Eandi)

53 Poeta, giornalista e scrittore; si definiva un uomo “sensibile, inquieto e mesto, gioioso e irrequieto”, che viveva “in simbiosi con la sua poesia”

54 <https://icoloridimari.webnode.it/news/ermanno-eandi-sedia-a-ruote/>

Autodeterminazione e qualità della vita

La disabilità acquisita cambia la vita improvvisamente: cambia il modo di vedere le cose future, cambia le prospettive, cambia le relazioni con gli altri e con te stesso, cambia un po' tutto, ma il miglioramento della qualità della vita deve essere visto come un obiettivo importante nella promozione della salute dell'adulto con disabilità. Tale tesi deve partire anche dalla società e dall'ambiente che circonda l'adulto, i quali devono impadronirsi di una nuova visione della persona con disabilità, la quale ha gli stessi diritti e doveri di tutti gli altri cittadini e di conseguenza occorre attivare tutte le risorse necessarie affinché avvenga realmente una quotidiana inclusione. Alcuni principi mi sembrano riferimenti essenziali per tradurre in azioni concrete questo orientamento (Cottini, s/d):

L'autodeterminazione come condizione che apre alla possibilità di incidere sullo svolgersi della propria vita e, come tale, non si esaurisce nella individuazione delle preferenze, ma deve entrare come procedura permanente nella progettazione educativa del servizio

L'autorappresentazione che comporta la possibilità offerta alle persone con disabilità di capire il senso delle attività che svolgono nei servizi e di esprimere il proprio parere con i mezzi a disposizione;

La dimensione adulta e i ruoli sociali da ricoprire per promuovere alti livelli di qualità della vita;

Le relazioni sociali che non possono ridursi a quelle che spesso si sperimentano all'interno della sola diade utente-educatore, ma devono essere posti abitati e vissuti da un'umanità più ampia, diventare luoghi di vita che si aprono all'interazione reale, ai legami diversificati che modificano e consentono di evolvere a tutti gli attori della relazione.

Questi principi aiutano non solo le persone che ruotano attorno all'adulto con disabilità, ma anche lui stesso, a tenere sempre in mente chi è lui e cosa può fare.

Principio di fondamentale importanza è proprio *l'autodeterminazione*. Attenzione però, perché tale termine non è da confondere con il concetto di autonomia, in quanto l'autodeterminazione è la capacità che ha ognuno di noi di operare ogni giorno delle scelte, di poter prendere delle decisioni e operare secondo il proprio interesse.

Capacità questa che ha i caratteri del “superuomo” di Nietzsche. Nell'uomo la volontà di potenza, ovvero la volontà di volontà, accettata nella sua essenza e lasciata libera di esprimersi come spinta ad andare costantemente oltre sé stessa, è la forma che sollecita verso il superuomo. Il superuomo o l'oltre uomo, come suggerisce il termine *Übermensch*, formato da *Über* (oltre, super) e *Mensch* (uomo), è essenzialmente colui che prende le distanze dall'uomo attuale, da tutto ciò che è troppo legato al modo in cui si presentano gli uomini di oggi; il “superuomo” è l'uomo del grande amore per la vita e del grande disprezzo per tutto ciò che nega la vita; il “superuomo” è colui che capovolge il “tu devi” che segna la passività dell'uomo tradizionale di fronte agli imperativi della morale, nell’ “io voglio”, cioè nell'affermazione della propria volontà. Soprattutto il “superuomo” è colui che vuole l'eterno ritorno e per capire ciò è opportuno tenere presente nelle sue relazioni e considerare il rapporto della volontà con il passato e insieme lo spirito di vendetta, che nasce dal senso di frustrazione e di impotenza della volontà stessa di fronte al macigno del “così fu”.

In un soggetto con disabilità acquisita, il rapporto con il passato presenta un problema senza soluzione, cioè l'impossibilità di agire su ciò che è accaduto e dunque il peso che un tale stato immodificabile esercita sul presente, fino al punto di togliere o almeno limitare la libertà di iniziativa; il passato è il duro ostacolo contro cui si infrange ogni volontà. Proprio dalla frustrazione determinata dalla consapevolezza che ciò che è stato è irreversibile, si produce lo spirito di rivincita, il quale è all'origine delle manifestazioni che si concretizzano nel nichilismo. Il nichilismo può avere o la mortificazione della volontà oppure il riconoscimento che non esiste un ordine oggettivo delle cose e dunque l'aprirsi di un nuovo, libero orizzonte di movimento per la volontà. La tesi dell'eterno ritorno guarda al problema del tempo sulla base della definizione dell'essere come volontà di potenza: il tempo non ha principio né fine. Se non c'è principio né fine, se cade ogni idea di progetto totalizzante, diventa protagonista *l'attimo, il*

presente puntuale, in cui l'individuo di volta in volta può realizzare in modo pieno la propria volontà. Volere l'eterno ritorno, cioè vivere ogni attimo dell'esistenza, come se lo si volesse infinite volte, significa allora accettare il mondo reale tutto intero così com'è; significa vivere come se ogni attimo del divenire avesse in sé, non al di fuori di sé, il proprio senso compiuto.

Quindi, questo agire autodeterminato che caratterizza tutti gli individui è una delle condizioni di base su cui si fonda la qualità stessa della vita di ognuno.

Ma, cosa si intende con il concetto di autodeterminazione

Diversi autori si sono cimentati nella definizione di tale costrutto: Deci e Ryan l'hanno identificata come "la capacità di scegliere tra varie opportunità e di impiegare quelle scelte per determinare le proprie azioni personali (Deci & Ryan, 1985); Ward nel 1992 ritiene che l'autodeterminazione sia un obiettivo cruciale per gli individui, specie nel momento in cui essi arrivano all'età adulta. Egli evidenzia come l'autodeterminazione sia il risultato degli atteggiamenti che consentono agli individui di definire i propri obiettivi e delle abilità che permettono di conseguirli; Hoffman e Field (1995) definiscono l'autodeterminazione come *"l'abilità personale per individuare e ottenere obiettivi, fondata su una conoscenza e valorizzazione di sé stessi"*. Essi dichiarano che l'autodeterminazione è "promossa o scoraggiata da alcuni fattori che sono sotto il controllo dell'individuo e da altre variabili connesse invece al contesto naturale"; infine, il gruppo di autori coordinato da Wehmeyer (Wehmeyer & Metzler, 1995, Wehmeyer & Garner, 2003) hanno affermato che un individuo è dotato di autodeterminazione quando agisce come agente causale primario della propria vita e quando le sue decisioni relative al proprio benessere sono libere da condizionamenti o da influenze esterne. Il concetto di agente causale è centrale in questa prospettiva e si riferisce al fatto che la persona mette in delle azioni o ha comunque la forza o l'autorità per farlo, al fine di incidere su alcuni aspetti della propria vita.

La persona autodeterminata agisce come agente causale con l'intento di strutturare il proprio futuro e il proprio destino. Gehlen⁵⁵ difatti, nel suo libro *Der Mensch* pubblicato nel 1940, definisce l'uomo come un *essere che agisce* (GEHLEN, 2016, pag. 49-50).

Figura 1. Le componenti dell'autodeterminazione



Come si legge nella figura 1, sono quattro le componenti fondamentali del costrutto di autodeterminazione (Cottini, 2016):

- **autonomia**, che include il livello di indipendenza, nonché la capacità della persona di agire sulla base di un proprio sistema di valori e di interessi;
- **autoregolazione**, che comprende essenzialmente abilità di autogestione (autoistruzione, automonitoraggio e autorinforzamento), la definizione e il conseguimento di obiettivi, il problem solving;
- **empowerment psicologico**, che si concretizza soprattutto in un locus of control interno e in adeguati livelli di autoefficacia. La persona riferisce i risultati delle proprie azioni a componenti personali e ha fiducia nelle proprie possibilità di successo;
- **autorealizzazione**, che è relativa al grado di autoconsapevolezza dell'individuo, dei propri punti di forza e dei limiti. Questa conoscenza di sé e comprensione che si forma con l'esperienza e l'interpretazione del proprio ambiente, è influenzata dalle

55 Filosofo, antropologo e sociologo tedesco (1904-1976)

valutazioni delle altre persone significative per l'individuo, dai rinforzi e dalle attribuzioni causali del proprio comportamento (Schallock & Verdugo Alonso, 2002)

Il dominio dell'autodeterminazione è considerato uno dei domini centrali dei modelli di Qualità della Vita (QdV).

Cosa si intende con il concetto di Qualità di Vita?

Innanzitutto, “qualità” è una parola delicata che deriva dal latino *qualitas*, da *qualisquale*, che richiama alla possibilità di lasciare una traccia, un'impronta, un segno con tutte le tonalità e sfumature che si possono immaginare.

Nel corso degli anni, su tale costrutto si sono dibattuti diversi autori alla ricerca di una definizione che potesse contenere tutti i domini principali. In particolare, grazie alla promulgazione della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo l'interesse per la qualità della vita di ognuno è diventato più persistente; qualità intesa appunto come benessere, gratificazione, felicità, tutti caratteri che vanno a segnare la quotidianità della persona, indipendentemente dalla presenza o meno, dalla gravità o meno, del deficit.

Già Locke, affermava che lo stato di natura è caratterizzato da una condizione di uguaglianza di tutti gli uomini, uguaglianza di diritti: tutti hanno l'identico diritto di disporre di se stessi e dei propri beni. Nello stato di natura ogni uomo è dunque perfettamente libero, cioè non sottoposto ad alcun potere: in questo senso gode di un diritto “naturale”, cioè prepolitico, alla vita, alla libertà, alla politica. Per quanto caratterizzato dalla libertà, questo stato di natura non coincide però con una condizione in cui ciascuno possa ‘vivere come gli piace’, perché è regolato dalla “legge di natura”. Questa è una “legge della ragione”, ma non nel senso che indica all'uomo come conseguire il vantaggio della sopravvivenza, ma nel senso che rivela a tutti gli uomini, in quanto ugualmente dotati di ragione, alcuni limiti invalicabili: non si può violare la propria vita, né la vita e i beni degli altri. Il diritto naturale dell'uomo è dunque limitato alla propria persona: alla propria vita, alla propria libertà e

alla proprietà, intesa come il prodotto del proprio lavoro. La proprietà, quindi, non interessa solo i rapporti con le cose, ma proprio con le persone stesse: la persona è possessore di sé stessa ed esercita un dominio e una autorità su se stessa in modo che solo essa può avere dei diritti su di sé.

Nasce così il principio di autodeterminazione.

Schallock nel 1989 scrive:

La Qualità di Vita viene riferita al grado di autonomia, realizzazione personale e di integrazione di una persona, come si può dedurre sia dai resoconti soggettivi della stessa, che da valutazioni oggettive; il miglioramento della QdV è considerabile come la misura fondamentale dell'efficacia dei programmi riabilitativi e di sviluppo e come indicatore del grado di adattamento delle persone al loro ambiente.

Definizione che negli anni si è andata ad integrare fino a comprendere otto domini che si possono leggere nell'immagine qui sotto.

Figura 2. I quadri teorici

Autori	Dimensioni della Qualità della Vita
Schallock, Keith e Hoffman (1990)	Soddisfazione, produttività, <i>empowerment</i> e appartenenza sociale;
World Health Organization (WHO, 1995)	Condizioni fisiche, condizioni psicologiche, ambiente, relazioni sociali, livello di indipendenza, credenze spirituali/personali/religiose;
Felce e Perry (1995)	benessere fisico, benessere emotivo, benessere materiale, benessere sociale, benessere produttivo;
Cummins (1997)	salute, benessere emotivo, benessere materiale, intimità, posizione nella comunità, sicurezza e produttività;
Schallock e Verdugo (2002)	benessere fisico, benessere emotivo, benessere materiale, relazioni interpersonali, inclusione sociale, sviluppo personale, autodeterminazione e diritti.

Fonte: Adatt. Conner (2015)

Questo ultimo modello è definito “multidimensionale” ed include sia le condizioni soggettive (il benessere emozionale), sia oggettive (i diritti, l'inclusione).

‘Nello specifico (come riportato da Croce et al. 2015), per qualità della vita nell'area del *benessere fisico* si intende la condizione di buona salute di cui

ciascuno gode, grazie ad una buona alimentazione e ad uno stile di vita sano, alle cure che riceve, alla possibilità di controllare il dolore e lo stress ed alla possibilità di riposarsi e rilassarsi adeguatamente;

- nell'ambito del *benessere emozionale* questa si riferisce alla possibilità di sentirsi soddisfatti di se stessi e della propria vita, di apprezzare come positivo il proprio stato d'animo, di percepire un assetto gradevole del proprio rapporto con se stessi e con il mondo;
- nell'ambito *dell'autodeterminazione* si intende la capacità e soddisfazione di fare delle scelte, di esprimere, ciascuno secondo le proprie capacità e mezzi comunicativi, le proprie preferenze, di usufruire delle opportunità che l'ambiente offre in base ai propri desideri ed alle proprie intenzionalità;
- nel dominio dello *sviluppo personale* si riferisce alla soddisfazione e capacità di conquistare la propria autonomia in tutti i contesti e per l'intero arco di vita;
- - delle *relazioni interpersonali* si riferisce alla possibilità di godere dei contatti e dello scambio con i familiari, gli amici, le persone che si conoscono;
- nell'ambito *dell'inclusione sociale* si riferisce alla possibilità di sentirsi parte di un gruppo e di una comunità, di non sentirsi esclusi o in altre parole di frequentare con soddisfazione il proprio ambiente di vita utilizzando in modo pieno le risorse e le possibilità che questo offre;
- per qualità della vita nell'ambito dei *diritti* si intende infine la garanzia ed i benefici della tutela e della protezione attiva di cui ciascuno gode in quanto essere umano, grazie all'esistenza ed al rispetto di norme e leggi adeguate.

Nel 2010 Schalock e collaboratori pensarono di individuare per ogni dominio degli indicatori, ovvero percezioni e comportamenti la cui valutazione consente di valutare gli esiti personali.

Figura 3. Fattori, domini e indicatori

QdV FATTORI	QdV DOMINI	QdV esempi di INDICATORI
INDIPENDENZA	SVILUPPO PERSONALE	Livello di educazione, Abilità personali, comportamento adattivo
	AUTODETERMINAZIONE	Scelte/decisioni, autonomia, controllo personale, obiettivi personali
PARTECIPAZIONE SOCIALE	RELAZIONI INTERPERSONALI	Rete sociale, amicizie, attività sociali, relazioni
	INCLUSIONE SOCIALE	Integrazione/partecipazione nella comunità, ruoli nella comunità
	DIRITTI	Umani (rispetto, dignità, uguaglianza), Legali (assistenza legale, doveri di cittadino)
BENESSERE	BENESSERE EMOZIONALE	Salute e sicurezza, esperienze positive, contenimenti, concetto di sé, mancanza di stress
	BENESSERE FISICO	Stato di salute, stato nutrizionale, esercizio fisico/ricreativo
	BENESSERE MATERIALE	Status finanziario, stato lavorativo, stato abitativo, possessi.

E non solo. Il cambiamento consiste anche nel regolare questi domini su tre differenti sistemi o contesti di vita (Cottini, 2016), utilizzando la logica ecologica e sistemica: il microsistema che riguarda la crescita personale e le opportunità di sviluppo. In particolare, gli stimoli che interessano tale sistema sono quattro: il primo elemento è il fattore appoggio per l'incremento delle possibilità di prendere parte al processo complessivo della propria vita, mediante la promozione di inclusione sociale, possibilità di scelta e autodeterminazione; il secondo elemento è la collaborazione tra persone e operatori per definire l'importanza dei domini centrali della QdV; il terzo è il coinvolgimento delle persone nella valutazione della propria qualità di vita e infine, incremento dello sviluppo personale e del benessere;

il *mesosistema* riguarda i programmi e le tecniche di miglioramento ambientale. Dunque, da un lato creare o modificare gli spazi esistenti affinché risultino facilmente fruibili a tutti eliminando le barriere architettoniche o gli ostacoli ancora presenti, dall'altro lato si punta al miglioramento di quei programmi educativi e comunitari tramite politiche e pratiche più inclusive;

il *macrosistema* invece fa riferimento alle politiche sociali che devono fungere da ponte tra ciò che effettivamente viene dato agli individui con disabilità a livello di servizi e di norme a loro spettanti e ciò che invece è il loro reale bisogno.

Lachapelle e collaboratori (Lachapelle et al., 2005) hanno sottolineato come le politiche educative e riabilitative si siano rivelate efficaci, negli ultimi anni, nel fare cose per le persone con disabilità, migliorando la loro qualità della vita; tuttavia, si tratta adesso di creare le condizioni di vita affinché le persone imparino a fare le cose per se stesse, mantenendo elevati livelli di autodeterminazione.

È di primaria importanza, dunque, che la persona possa esprimere se stessa nell'ambiente in cui vive, le sue aspirazioni e i suoi desideri e lo stesso ambiente deve accoglierli. Su queste basi, per esempio, la prospettiva degli studi sulla qualità della vita afferma che quest'ultima è riconoscibile laddove *“una persona in base al proprio profilo di funzionamento, ai deficit, alle abilità e competenze, tenendo conto del contesto di vita, dei supporti e delle barriere in esso presenti, è in grado di soddisfare aspettative, desideri e bisogni personalmente significativi”* (Cotttini et al., 2016, Miatto, 2021).

La qualità della vita è traducibile anche come “star bene”, termine introdotto da Sen nel 1993 il quale indica la capacità dell'individuo di mettere in atto tutte le potenzialità e i mezzi che possiede in modo organizzato e pianificato per creare situazioni reali e raggiungere i risultati che vuole (Sen, 1994).

Dunque, è l'insieme di questi traguardi potenzialmente raggiungibili o effettivamente realizzati che contribuisce nel complesso a determinare il benessere e la qualità della vita delle persone (Sen, 2006, Nussbaum, 2007).

Tutti devono avere il diritto di decidere cosa è fondamentale per la loro vita e fare di tutto per raggiungerlo anche se non si è completamente autonomi.

‘Proprio così. Qualunque cosa ti capiti nella vita, tu solo hai la facoltà di decidere come reagire. Se ti abitui a cercare in ogni situazione il lato positivo, la qualità della tua vita sarà più elevata e ricca. Questa è una delle leggi più importanti della natura (Ebalginelli, 1989).

Conclusioni

Sintetizzando, l'autodeterminazione e la qualità della vita adulta sono concetti strettamente correlati e influenzano reciprocamente l'esperienza di una persona nel corso della sua vita, in quanto riguardano il benessere e l'autonomia del soggetto.

L'autodeterminazione si riferisce alla capacità di prendere decisioni e di agire in modo autonomo, in base alle proprie preferenze, valori e obiettivi personali. Rappresenta la libertà e l'empowerment di essere se stessi piuttosto che essere guidati o controllati da altri. L'autodeterminazione è un aspetto fondamentale della dignità umana e si applica a vari ambiti, come la scelta delle relazioni, delle occupazioni, delle attività di svago e della cura personale. Quando le persone sperimentano un senso di autodeterminazione, possono perseguire le proprie passioni, prendere decisioni che rispecchiano i loro valori e avere un senso di controllo sulla propria vita. Questo può portare a una maggiore soddisfazione e felicità personale.

La qualità della vita adulta è una misura complessiva del benessere e del livello di soddisfazione che una persona raggiunge nella vita adulta; include diversi aspetti come la salute fisica e mentale, le relazioni interpersonali, il lavoro, il tempo libero e la realizzazione personale.

L'autodeterminazione influisce positivamente sulla qualità della vita, poiché consente alle persone di perseguire le loro aspirazioni, di fare scelte che favoriscono il loro benessere e di sviluppare un senso di autenticità e di realizzazione personale. Quando le persone si sentono autodeterminate, possono assumere il controllo delle proprie vite e cercare opportunità che favoriscano la loro crescita e il loro benessere. Questo può includere la scelta di una carriera significativa, la creazione di legami soddisfacenti, il perseguimento di hobby e passioni personali e il mantenimento di uno stile di vita in salute.

L'autodeterminazione è particolarmente importante nel contesto della disabilità o delle condizioni di salute croniche, poiché può aiutare le persone a superare le sfide e a perseguire una vita significativa e soddisfacente nonostante le limitazioni. L'autodeterminazione e la qualità della vita adulta sono strettamente intrecciate poiché la capacità di prendere decisioni autonome e di perseguire i propri obiettivi personali è essenziale per migliorare la soddisfazione generale e il benessere. L'autodeterminazione offre alle persone la libertà di perseguire i propri obiettivi e valori, favorendo una maggiore soddisfazione personale e un senso di controllo sulla propria vita. Promuovere l'autodeterminazione negli individui è pertanto fondamentale per favorire una migliore qualità della vita e accedere a risorse e opportunità che consentano alle persone di sviluppare i propri obiettivi personali.

Riferimenti bibliografici

Cottini, L. ([s.d.]). Services for social inclusion and housing: can they be inclusive even if they are aimed only at people with disabilities?, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, IX, 1, 74-79.

Cottini, L. (2016). L'autodeterminazione nelle persone con disabilità. Percorsi educativi per svilupparla, Erickson, Trento, p. 16-19.

Cottini, L., Fedeli, D., & Zorzi, S. (2016). Qualità di vita nella disabilità adulta, Erickson ed. Trento.

Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York, Plenum Press, p. 38.

Ebalglinelli, L. (1989). *Il giardino meraviglioso*, Nuove Edizioni Romane, p. 47.

Federici, S. (2002). *Sessualità alterabili. Indagine sulle influenze socio ambientali nello sviluppo della sessualità di persone con disabilità in Italia*, Edizioni Kappa, Roma, p. 237-8.

Gehlen, Arnold. *Der Mensch: seine natur und seine stellung in der welt*. Hrsg: von Karl-Siegbert Rehberg, 2016.

Hoffman, A., & Field, S. (1995), *Promoting self-determination through effective curriculum development*, «*Intervention in School and Clinic*», v. 30, pp. 134-141.

Lachapelle, Y. et al. (2005). The relationship between quality of life and self determination: an international study. *Journal of intellectual disability research*, 49(10), 740-744.

Leonardi, M. (2010). Nuovi paradigmi nella definizione di salute e disabilità. La classificazione ICF e la Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità, in A. Pessina (ed.), *Paradoxa. Etica della condizione umana*, Vita e Pensiero, Milano, pp. 11-35

Medeghini, R. (2010). *Prima e dopo...è questa la mia vita? Voci da una ricerca sulla disabilità acquisita e lavoro*, Academia.edu, Bergamo.

Miatto, E. (2021). The pedagogical stance of living for a good life in people with disabilities, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, Pensa MultiMedia Editore, gennaio, p.149-158.

Murphy, R. (1987). direttore del dipartimento di antropologia alla Columbia University narra la sua esperienza di disabilità acquisita nel testo *The Body Silent*, New York, Holt 1987.

Nussbaum, M. C. (2007). *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Bologna, il Mulino.

Schalock, R. L., & Verdugo M. A. (2002), *Handbook on quality of life for human service practitioners*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, trad. it. *Manuale di qualità della vita*, Brescia, Vannini, 2006.

Sen, A. (1994). *La disuguaglianza: un riesame critico*, Il Mulino, Bologna.

Sen, A. (2006). *Identity and violence: The illusion of destiny*. W W Norton & Co.

Schiavina, M. A. (1995). *Diversi da chi? Normali vite con handicap*, Arnoldo Mondadori, Milano, p. 59.

Ward, M. (1992). The oSErS initiative on self-determination. *Interchange*, 12(1), 1-7.

Wehmeyer, M. L., & Garner, N.W. (2003), The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning, «*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*», vol. 16, pp. 255-265.

Wehmeyer, M. L., & Metzler, C. A. (1995). How self-determined are people with mental retardation? The National Consumer Survey, «*Mental Retardation*», v. 33, p. 111-9.

Wehmeyer M.L. e Palmer S.B. (2003), Adult outcomes from students with cognitive disabilities three years after high school: The impact of self determination, «*Education and Training in Developmental Disabilities*», v. 38, p. 131-144.

Zanichelli, M. (2012). *Persone prima che disabili*, Queriniana, Brescia, p. 18.

SALUTE E ATTIVITA' FISICA: CARATTERE MULTIDISCIPLINARE E AZIONI D'INTERVENTO

Marco Vitale Marco
Giuliana Gobbi
Prisco Mirandola
Giancarlo Condello

Nel presente testo, vengono fornite alcune conoscenze di base riguardanti la salute dell'individuo, con una particolare attenzione al concetto di attività fisica e al suo carattere di multidisciplinarietà.

Il concetto di *salute* è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a partire dal 1948 come uno “*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la semplice assenza di una malattia*”, pertanto per il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di salute ottimale è necessario considerare vari aspetti e componenti della vita quotidiana. La complessità del concetto di salute, influenzato da una molteplicità di fattori, è legata soprattutto all'idea del comportamento umano. L'individuo, infatti, attraverso i suoi comportamenti ha un impatto notevole sulla propria qualità della vita e sulla propria salute. Di fatto, tre comportamenti meritano un'attenzione particolare, quali i comportamenti riguardanti l'attività fisica, i comportamenti riguardanti la sedentarietà, e i comportamenti riguardanti la dieta. Tuttavia, in questo breve elaborato i comportamenti riguardanti la dieta non verranno trattati, mentre si porrà l'attenzione sugli altri due.

Malgrado le difficoltà nel definire dei costrutti altamente complessi e multifattoriali, nelle successive parti di questo elaborato vengono fornite una serie di definizioni chiave per fare chiarezza su concetti che richiedono la competenza di varie discipline.

Immaginando una contrapposizione tra due fenomeni opposti, possiamo distinguere un estremo positivo, caratterizzato dai comportamenti riguardanti l'attività fisica e un estremo negativo, caratterizzato dai comportamenti riguardanti la sedentarietà.

Partendo dall'estremo positivo e i comportamenti riguardanti l'attività fisica, negli ultimi anni si è arrivati ad una definizione completa ed univoca di attività fisica (Condello et al., 2016), condivisa a livello europeo a seguito di un importante progetto di partenariato tra organizzazioni pubbliche di ricerca, istituti privati e policy-makers. *L'attività fisica* viene definita come un “qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporta una spesa energetica, e che può essere contraddistinta in qualsiasi attività della vita quotidiana non strutturate e programmate, l'esercizio fisico programmato, strutturato, deliberato, ripetitivo (Caspersen et al., 1985, Koeneman et al., 2011, McNaughton et al., 2012). *il grassroot sport e lo sport competitivo*”. È possibile comprendere come in questa definizione siano incluse varie forme di attività fisica che possono essere maggiormente specificate nel seguente modo:

Attività della vita quotidiana:

- *Attività fisica del tempo libero (Leisure time physical activity - LTPA)*
– tutte le attività che possono essere svolte durante la giornata in maniera spontanea (camminata), per il divertimento o il tempo libero (passeggiate in montagna), necessarie per lo svolgimento di determinati compiti (pulizie di casa, giardinaggio). Tali attività vengono svolte da soli o in compagnia e non richiedono la supervisione di un personale qualificato.
- *Attività fisica occupazionale (Occupational physical activity - OPA)*
– l'attività fisica legata al proprio lavoro che può avere un diverso livello di impegno in base alla natura del lavoro stesso.

Esercizio fisico:

- Tutte le attività che hanno una precisa programmazione e strutturazione, aventi le caratteristiche di essere ripetitive e finalizzate ad uno scopo bene preciso (miglioramento delle varie componenti dell'efficienza fisica, riduzione/mantenimento del peso corporeo). Tali attività vengono svolte da soli o in gruppo, all'aperto o all'interno di centri fitness e richiedono la supervisione

di un personale qualificato. È importante individuare i parametri fondamentali per strutturare le sessioni di esercizio fisico e, in particolare, è necessario definire la frequenza, la durata e l'intensità. Quest'ultimo parametro (intensità leggera, moderata, o vigorosa) risulta indispensabile per indirizzare l'esercizio fisico verso differenti obiettivi.

Sport:

- *Grassroot sport* - eventi sportivi ben strutturati e organizzati, oppure svolti in forma libera, praticati a livello non professionistico e che pongono l'enfasi su scopi sociali, educativi, di salute e dove non viene enfatizzato eccessivamente l'aspetto agonistico/competitivo.
- *Sport competitivo* – eventi sportivi con un'elevata enfasi sull'aspetto agonistico/competitivo, praticati a livello non professionistico, ma che hanno una caratura locale, nazionale e internazionale. Tra i vari eventi, quelli che hanno assunto una notevole importanza sono i campionati nazionali e internazionali per gli atleti master e gli eventi per lo sport universitario (le Olimpiadi delle Università – UNIVERSIADE - evento internazionale organizzato ogni due anni).

La partecipazione a qualsiasi forma di attività fisica risulta determinante per un corretto e salutare stile di vita; quindi, l'obiettivo di ciascun individuo e quello di assumere tanti comportamenti rivolti al raggiungimento di elevati livelli di attività fisica durante il corso della giornata, che in una prospettiva di lungo termine comporterà tutta una serie di benefici fisici, mentali e sociali.

Di contro, nell'estremo negativo troviamo i comportamenti riguardanti la sedentarietà. Vengono definiti *comportamenti sedentari* tutte quelle attività che prevedono un dispendio energetico inferiore ai 1.5 METs mentre si è seduti o sdraiati (METs – equivalente metabolico per l'ossigeno – è un modo alternativo per definire l'impegno nello svolgere una determinata attività, partendo dal presupposto che 1 MET è l'equivalente di 3.5 ml/kg/min di ossigeno consumato) (Barnes et al., 2012). I comportamenti sedentari possono

essere assunti durante vari momenti della giornata, tipo a casa (guardare la TV, mangiare, leggere un libro, sentire la musica), a scuola/lavoro (essere seduti davanti al PC, studiare, leggere, essere seduti in classe), durante i trasporti (guidare auto, essere seduti in treno/bus/metro), durante il tempo libero (meditazione, giocare a carte, giocare ai videogiochi). È ben dimostrato che prolungati periodi di sedentarietà (in termini di ore giornaliere) possono influenzare negativamente la qualità della vita e la salute aumentando il rischio di sovrappeso e obesità, di sindrome metabolica, di avversi profili di insulina e glucosio, di diabete di tipo II, di malattie cardiache, fintanto il rischio di mortalità (Healy, G.N., et al., 2008, Wilmot et al., 2012). Pertanto, si rivela indispensabile interrompere continuamente i prolungati periodi di sedentarietà, che talvolta la routine quotidiana e gli impegni giornalieri ci portano ad assumere, attraverso delle frequenti pause attive svolgendo una minima dose di attività fisica, nelle forme precedentemente descritte.

Alla luce di quanto descritto finora, risulta indispensabile adottare determinati comportamenti volti a mantenere uno stile di vita salutare ed attivo, aumentando, da un lato, i livelli di attività fisica e diminuendo, dall'altro, i livelli di sedentarietà. Tale approccio deve essere assunto dall'individuo durante il corso dell'intera giornata e in tutte le fasi della vita, ossia bambino, adulto, anziani. In tal modo, si favorirà un corretto sviluppo psico-fisico, se ci rivolgiamo al bambino, si permetterà di mantenere un adeguato benessere psico-fisico, se ci rivolgiamo all'adulto e si cercherà di ridurre l'inevitabile declino delle funzioni fisiche e cognitive, se ci rivolgiamo all'anziano.

Questi argomenti hanno, ovviamente, catturato l'attenzione di ricercatori da tutto il mondo che da decenni cercano di fornire sufficienti evidenze scientifiche per promuovere stili di vita attivi e salutari. Tuttavia, la percentuale di popolazione mondiale che non raggiunge sufficienti livelli di attività fisica (definita come *inattività fisica*) rimane sempre elevata e la lotta al contrasto della sedentarietà risulta necessaria per ridurre il rischio di insorgenza di malattie e il rischio di morte precoce. Qualche anno fa, un grande progetto di ricerca finanziato dall'Unione Europea (denominato "Determinants of Diet and Physical activity – DEDIPAC") ha cercato di fare una sintesi di tutte le evidenze scientifiche disponibili per cercare di

capire i fattori (definiti come determinanti) che possono promuovere o inibire i tre comportamenti inizialmente presentati, ossia attività fisica, sedentarietà e dieta.

L'approccio necessario per definire tutti i determinanti dei comportamenti deve essere obbligatoriamente multidisciplinare poiché i fattori che influenzano i comportamenti dell'individuo derivano da diverse aree di indagine. In particolare, tutti i determinanti investigati nella ricerca scientifica possono essere raggruppati in determinanti biologici, psicologici, comportamentali, dell'ambiente fisico, socio-culturali, socio-economici, politici. Tuttavia, le relazioni esistenti tra tutti questi determinanti e i tre comportamenti (attività fisica, sedentarietà e dieta) non sono sempre chiare; quindi, nuove linee guida sono state fornite per meglio indirizzare la futura ricerca scientifica (Brug, 2017). Tuttora, è in corso un altro grande progetto di ricerca finanziato dall'Unione Europea che vede la partecipazione di più di 300 ricercatori, denominato "Determinants of Physical Activities in Settings - DE-PASS", volto a fornire ulteriori evidenze scientifiche e, in particolare, a meglio indirizzare i policy-makers europei in scelte politiche volte all'implementazione di programmi ed interventi per il miglioramento della salute dell'individuo.

In conclusione, i concetti di salute e attività fisica hanno un forte carattere multidisciplinare ed è richiesta la partecipazione e il coinvolgimento di figure provenienti da diversi ambiti scientifici in modo da trovare le necessarie soluzioni per migliorare gli stili di vita dell'individuo.

Riferimenti bibliografici

Barnes, J., et al., (2012). Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology Nutrition and Metabolism-Physiologie Appliquee Nutrition Et Metabolisme*, 37, 540-542.

Brug, J. (2017). DEDIPAC Consortium. Determinants of diet and physical activity (DEDIPAC): a summary of findings. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 1-24.

Caspersen, C. et al. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126.

Condello, G. et al. (2016). Using concept mapping in the development of the EU-PAD framework (EUropean-Physical Activity Determinants across the life course): a DEDIPAC-study. *BMC Public Health*, 16(1), 1-16.

Healy, G. N. et al., (2008). Objectively measured sedentary time, physical activity, and metabolic risk: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Diabetes Care*, 31(2), 369-371.

Koeneman, M. A. et al. (2011). Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 1-15.

McNaughton, S. A. et al. (2012). Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-7.

Wilmot, E. G. et al. (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 55(11), 2895-2905.

PARTE TERZA

INTERPROFESSIONALITA' E POLITICHE

CONSIDERAZIONI SULLE POLITICHE SOCIO-SANITARIE: QUADRO FINANZIARIO PLURIENNALE DELL'UNIONE EUROPEA

Graziano Lorenzon

Le riflessioni sulle dinamiche del mercato del lavoro, sia attuale che futuro, non possono prescindere dai macro-scenari che si vanno profilando e, in particolare, non possono sottovalutare la velocità e la pervasività dell'evoluzione tecnologica nell'era dell'*Antropocene*⁵⁶.

L'espressione ci conduce, infatti, al fenomeno della "*Digital Health*", ovvero a concetto derivante dall'incrocio tra l'insieme delle discipline mediche, le tecnologie digitali e la genomica, che ha il merito di estendere il campo di applicazione delle tecniche sulla salute e sull'assistenza sanitaria. Ciò sta comportando un impatto enorme su tutto l'ecosistema socio/sanitario, tanto da migliorare l'efficienza nell'erogazione delle cure e nella qualità dei farmaci, sempre più personalizzabili e precisi⁵⁷.

Il fenomeno non è certamente nuovo, ma la spinta alla digitalizzazione di questi ultimi anni ha permesso di raggiungere un "punto irreversibile" e, molto probabilmente, determinante nel cambiare il profilo del sistema sempre più complesso delle professioni sanitarie. Sono diverse le traiettorie tecnologiche che stanno incidendo sulla sanità e tutte, come sta accadendo nel mondo del lavoro in generale, non solo stanno cambiando significativamente anche le professioni in campo sanitario, ma sono responsabili della nascita di nuovi ruoli che dipendono dalla fusione delle competenze tecnologiche con quelle medico-sanitarie, facendone il loro punto di forza⁵⁸.

56 Secondo l'Unione Internazionale delle Scienze Geologiche noi viviamo nell'Olocene (l'ultima parte del periodo Quaternario dell'era Cenozoica), epoca geologica iniziata 11 mila anni fa, ma secondo alcuni scienziati, pur in assenza di ufficialità è stata abbandonata per una nuova: l'Antropocene. Come dice il nome stesso coniato nel 2000 dal chimico e premio Nobel olandese Paul Crutzen, è l'epoca dell'uomo, quel periodo, iniziato con la prima rivoluzione industriale, in cui gli esseri umani hanno un impatto enorme su tutto l'ecosistema terrestre.

57 Un utile approfondimento lo si rimanda a un recente lavoro di Graziano Lorenzon, *Il futuro è già passato. Il ruolo dei territori nei processi di sviluppo, ridisegnarli per intraprendere il viaggio verso la società digitale*, Aracne, 2021.

58 Le nuove professioni emerse in questi ultimi anni in campo sanitario grazie alle nuove tecnologie

Certo, anche tra i sostenitori delle nuove tecnologie i dubbi sono molti: e se robot, intelligenza artificiale AI, realtà aumentata e super computer sostituissero definitivamente i medici, gli infermieri e tutti gli altri professionisti del settore sanitario quali, ad esempio, le assistenti sociali, le badanti e i fisioterapisti? E se l'AI prendesse il sopravvento e conquistasse veramente il mondo?

In realtà, nel breve/medio periodo non c'è nessuna ragione di farsi prendere dall'ansia, in quanto queste ipotesi non sono altro che modi un po' fantasiosi di proiettarsi in possibili scenari dominati dalla rivoluzione digitale. Tuttavia, oggi queste congetture hanno tutte qualcosa in comune, oltre che accrescere la paura dell'ignoto e di ciò che il futuro potrebbe portare, anche di

sono diverse, e in futuro ne emergeranno sicuramente altre. Si pensi, ad esempio, all'ingegnere clinico, specialista presente negli ospedali e nei contesti dove gli strumenti tecnologici vengono impiegati per terapie, diagnosi e operazioni. Questa nuova professione si configura come un ponte tra la cura del paziente e l'utilizzo delle tecnologie digitali. Nello specifico si occupa della manutenzione tecnica degli strumenti tecnologici impiegati all'interno degli ospedali, ma possiede una formazione più ampia che unisce alle competenze tecnologiche anche nozioni sanitarie e gestionali. Secondo la definizione dell'Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC), l'ingegnere clinico è un "professionista che partecipa alla cura della salute, garantendo un uso sicuro, appropriato ed economico delle tecnologie nei servizi sanitari", con un occhio di riguardo alla spesa sanitaria e sempre al fianco dei professionisti del settore. Anche quello che chiamavamo medico generico oggi necessita di competenze adeguate alla fase storica che stiamo attraversando, tanto che oggi viene chiamato "Patient Manager". Tale figura appare come un professionista in possesso di competenze medico-sanitarie per la cura del malato ed in grado di creare un percorso di cure a 360°, che unisce interventi medici, visite di controllo ambulatoriali e attività amministrative, al monitoraggio preventivo della salute del paziente. L'aspetto che differenzia il Patient Manager dal vecchio medico generico sono le capacità relazionali, per stringere un rapporto con il paziente e la sua famiglia, e manageriali, indispensabili per muoversi in autonomia attraverso la complicata burocrazia del sistema sanitario italiano. L'intelligenza artificiale si sta ritagliando uno spazio sempre più ampio in diverse professioni, anche non originariamente legate al digitale, tanto da incidere profondamente sullo sviluppo futuro dell'assistenza sanitaria e, pertanto, sulle nuove professioni. In questi anni sono allo studio nuovi modi per incorporare questa traiettoria tecnologica all'interno dei sistemi di diagnostica o come supporto ai chirurghi durante gli interventi. Per questo motivo, aumenterà progressivamente la richiesta di tecnici sanitari con specifica formazione, ovvero figure che uniscono conoscenze legate all'assistenza sanitaria ad un forte background tecnologico e informatico, capaci di intervenire sugli aspetti hardware e software dei sistemi di intelligenza artificiale. Inoltre, tenuto conto del ruolo che stanno assumendo i nuovi dispositivi tecnologici, sempre più diffusi e in grado di generare una grande quantità di dati legati alla nostra salute, appare evidente la necessità di figure con le competenze necessarie ad analizzarli. Su questi presupposti sta prendendo piede la professione del Lifestyle Strategist, ovvero un esperto di dispositivi elettronici che si indossano al polso come, appunto, gli smartwatch ed in possesso delle competenze medico/infermieristiche necessarie a supportare le persone nella scelta del miglior smartwatch in grado di rilevare i dati sanitari, nella loro analisi e nella costruzione di un percorso personale verso il miglioramento della propria forma fisica e dello stato di salute complessivo. Queste sono solo alcune delle nuove professioni che nei prossimi anni vedremo sempre più spesso all'interno di ospedali e strutture sanitarie. In generale, la presenza sempre più capillare di robot, strumenti per la telechirurgia o software di intelligenza artificiale, spingerà tutti i professionisti dell'ambito sanitario verso l'acquisizione di competenze legate alle nuove tecnologie e all'informatica. Inoltre, ospedali, poliambulatori e studi medici avranno sempre più bisogno di servizi di consulenza trasversali, dal digital marketing all'ICT, per poter rimanere al passo con lo sviluppo tecnologico in atto, pur mantenendo sempre al centro la relazione con il paziente, elemento imprescindibile di ogni relazione di cura. Utili approfondimenti si rimandano a <https://www.futuroprossimo.it/2021/05/6-professioni-sanitarie-del-prossimo-futuro/>.

spingerci a ripensare con urgenza ad un modello organizzativo coerente con l'avanzare delle nuove tecnologie.

Nessuno di noi sarà in grado di rallentare il progresso della tecnologia, ne tantomeno di fermarlo. Un giorno, forse non molto lontano, ogni singolo aspetto della nostra vita verrà rivoluzionato dalle tecnologie digitali. Pertanto, è fondamentale mantenere una mente aperta alla possibilità che la tecnologia cambi il mondo rendendolo profondamente diverso da quello che conosciamo.

In questo momento l'unione tra tecnologia ed esseri umani rappresenta forse l'unica soluzione possibile per potenziare l'assistenza sanitaria e, in questo modo, migliorare la qualità della vita. Sono in molti, infatti, a considerare le nuove tecnologie come le uniche ad indicarci la strada da seguire per migliorare le nostre esistenze. Se ci assicuriamo di essere sempre un passo avanti, la coesistenza tra tecnologia ed esseri umani, correlata all'organizzazione, è in grado di portare vantaggi enormi anche alle relazioni interprofessionali che a loro volta apporteranno benefici alla qualità delle nostre vite, sia di operatori che di pazienti.

La rivoluzione tecnologica in atto anche in sanità potrebbe trasformare delle pratiche obsolete in tecniche più moderne, fornire soluzioni più economiche, rapide e, soprattutto, più efficaci contro pandemie, malattie importanti determinate anche dall'invecchiamento demografico. In generale, gli sviluppi tecnologici ci possono permettere di condurre vite più sane in ambienti più salubri per periodi più lunghi.

Come approfondiremo in seguito le traiettorie tecnologiche che stanno cambiando il mondo della medicina sono diverse, ma quelle che più influenzano il settore sono gli algoritmi dell'AI, la realtà virtuale/aumentata e il metaverso, i sensori e i dispositivi indossabili, gli esoscheletri, gli scanner per la diagnosi medica precoce, il sequenziamento del DNA, le nanotecnologie, i robot, la stampa 3D.

La traiettoria tecnologica destinata a rivoluzionare completamente la sanità è sicuramente l'intelligenza artificiale. Gli algoritmi, grazie al progredire delle tecnologie computazionali, consentono una rapida acquisizione dei dati delle cartelle cliniche ed una loro elaborazione per formulare piani terapeutici, sviluppare

nuovi farmaci, analizzare campioni di tessuto, ma anche per predisporre indicatori di rischio predittivo, il tutto più velocemente di qualsiasi umano.

Attraverso l'utilizzo di supercomputer in grado di processare in pochi secondi elevate quantità di dati si possono sfruttare le opportunità offerte da sistemi di ricerca su farmaci capaci di intervenire per risolvere patologie specifiche, inerenti sia alla riduzione dei tassi di infettività di alcune malattie che la loro prevenzione. Questi sono solo alcuni dei tanti esempi di soluzioni possibili attraverso i quali l'utilizzo delle tecnologie e dell'AI danno modo di modernizzare la sanità. In altre parole, lo sviluppo di algoritmi cognitivi sta consentendo all'industria farmaceutica di progettare in tempi molto più rapidi nuove cure o vaccini, così come aiutare il personale medico ad analizzare le cartelle cliniche.

Dall'altro lato la realtà immersiva sta contribuendo a cambiare la vita di medici e pazienti. In futuro queste tecnologie potranno essere utilizzate in diversi contesti, sia per formare i futuri chirurghi o per consentire l'esercitazione di chirurghi esperti in vista di operazioni complicate⁵⁹.

A loro volta i sensori e dispositivi indossabili rappresentano un altro aspetto della rivoluzione tecnologica destinato a migliorare non solo il futuro della medicina, ma anche la consapevolezza degli operatori della necessità di integrare le loro competenze con altre specializzazioni complementari.

La crescita esponenziale delle nuove tecnologie sanitarie consente l'analisi e la diagnosi di qualsiasi malattia grazie a sensori capaci di misurare qualsiasi parametro. Inoltre, in un futuro prossimo ci confronteremo con microscopi potentissimi controllati da smartphone in grado di analizzare immagini e prelevare campioni di lesione cutanee, dotati di sensori per le anomalie del DNA o per rilevare specifiche proteine e anticorpi.

Il tradizionale processo di creazione di farmaci è diventato estremamente costoso e, soprattutto, richiede tempo. Tuttavia, l'AI introduce nuovi modi per accelerare lo sviluppo di farmaci. Queste nuove tecnologie mediche emergenti sono destinate a rivoluzionare il panorama farmaceutico dei prossimi anni, mettendo assieme, oltre alle competenze mediche, le conoscenze riguardanti le simulazioni computazionali, l'uso dei dispositivi medici, le nuove scoperte biologiche, fino

⁵⁹ Ci sono recenti studi che dimostrano che i chirurghi che fanno pratica con la realtà immersiva incrementano il loro tasso di successo del 230% rispetto ai colleghi formati con pratiche tradizionali.

dominare l'utilizzo di applicazioni virtuali e nanotecnologie (nanoparticelle e nanodispositivi), il tutto per sviluppare, ad esempio, “pillole intelligenti”.

La nanotecnologia sta trovando applicazione anche in forme di protezione come quelle consentite da un semplice cerotto. La ricerca sta infatti sviluppando “cerotti intelligenti” che permette di monitorare in modo continuo le ferite, accelerando il processo di guarigione attraverso la somministrazione controllata di farmaci⁶⁰.

La robotica è uno degli ambiti più in crescita e più interessanti in campo medico. Gli sviluppi sui robot spaziano dalla robotica disinfettante agli esoscheletri, fino ai robot chirurgici e simulatori. Allo stesso tempo la stampa 3D ha ormai aperto un mondo di possibilità in molti ambiti della medicina. La possibilità di usare questa tecnologia per lo stampaggio di vasi sanguigni, arti artificiali, vertebre, biomateriali e pillole sta apportando notevoli benefici agli innovativi piani terapeutici che ci proietteranno nel futuro della medicina.

A conclusione di questa breve premessa possiamo dunque affermare che lo sviluppo dell'AI ha assunto, per la sanità europea, un ruolo di fondamentale importanza. Non solo è diventata la chiave della competizione tecnologica globale, ma ha indotto la società ad avviare un nuovo ciclo di rivoluzione scientifica.

L'importanza di superare le sfide nell'innovazione in sanità'

L'attuale processo di innovazione digitale sta coinvolgendo, seppure a velocità diverse, ma in modo pervasivo, pressoché ogni settore della vita pubblica e privata del cittadino.

Come evidenziato in premessa il sistema sanitario rientra tra i settori dove la tecnologia sta influenzando maggiormente al miglioramento del benessere della società globale, contribuendo in primis a rendere più efficace e rapida l'erogazione delle cure ai pazienti. Al contempo la sanità globale soffre di debolezze significative, sia a livello di personale (addetti) che in termini di ricerca e finanziamenti disponibili.

⁶⁰ I nuovi cerotti “smart” sono costituiti da polimeri flessibili ed elastici e da farmaci e componenti elettroniche. I primi sono utili soprattutto per la cura di ulcere diabetiche, ustioni, ferite. L'elettronica grazie a sensori, invece, consente al sensore di monitorare il microambiente di una ferita valutando il manifestarsi di infiammazioni o di infezioni, trasmettendo i dati via wireless su uno smartphone o un tablet per le valutazioni mediche in tempo reale.

La pandemia che ha recentemente colpito la popolazione del pianeta ha messo in luce la necessità di accelerare i processi di innovazione digitale nella sanità e l'esigenza di compiere passi in avanti sia a livello di investimenti in competenze e nuove tecnologie che di misure legislative, con l'obiettivo di aprire la strada ad un futuro più digitale ed inclusivo per i sistemi sanitari mondiali.

Guardando in casa nostra va registrato che, seppur con lentezza, l'avvento del digitale ha evoluto in modo irreversibile anche la sanità italiana. Nonostante il sistema sanitario nazionale sia ancora pervaso da situazioni di “malasanità” va detto che appare sempre più difficile immaginare andare dal medico generico, prenotare una visita specialistica, effettuare un esame, o persino ricevere cure in ospedale in modo prettamente “analogico”. In altre parole, anche in Italia la sanità sta avanzando a grandi passi verso il “digitale”, dove per “sanità digitale” si intende l'insieme di quelle tecnologie dell'informazione e della comunicazione utilizzate nel settore. Fra gli strumenti utili in tale ambito, mettiamo in evidenza la locuzione mediata dall'industria manifatturiera “*Internet of Medical Things*” (IoMT) che sta ad indicare tutti quei dispositivi medici collegati a una piattaforma elettronica sanitaria tramite la connessione Internet o WiFi. In questo modo vengono forniti dati in tempo reale da più fonti e il personale medico viene messo nelle condizioni di poter monitorare meglio la salute dei pazienti e descrivere in modo più immediato il loro quadro clinico, rendendolo facilmente reperibile e completo per le diagnosi dei diversi specialisti.

In realtà uno degli effetti della pandemia covid-19 è stato quello di renderci familiare una tecnologia esistente da oltre un decennio: la telemedicina, la cosiddetta “*assistenza sanitaria connessa*”. Trattasi di una tecnologia che fino al 2020 veniva ritenuta dalle strutture competenti in campo medico non in grado di poter supportare un'assistenza sanitaria efficace e di qualità. Già nel 2012, però, il Consiglio Superiore di Sanità aveva approvato delle “Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina”. Queste linee di indirizzo descrivevano la Telemedicina come una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, per esempio: tele-consulto, tele-monitoraggio, tele-visita⁶¹.

61 Le “Linee Guida” asseriscono, però, che “la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza”.

Nel 2019 anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva evidenziato l'importanza della telemedicina come strumento essenziale per ottenere una *“copertura sanitaria universale, considerando le tecnologie digitali non come meri strumenti fine a sé stessi, ma come facilitazioni vitali per promuovere la salute, mantenere il mondo al sicuro e servire i più vulnerabili”*.

L'ingresso ufficiale della *“Telemedicina”* nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) si ha nel dicembre 2020, spinto certamente dalla pandemia e dalla quasi totale impossibilità di garantire prestazioni sanitarie ordinarie. Da quel momento la telemedicina ha assunto un ruolo fondamentale nel settore della salute che difficilmente verrà meno in futuro.

In Europa, la politica di tutela della salute e del benessere delle persone si fonda principalmente sul concetto *“crescere in buona salute”*⁶². A sua volta questo concetto si basa su un approccio multisettoriale che coinvolge molti aspetti della vita quotidiana. Aspetti differenti ma strettamente correlati, che coinvolgono l'intero ecosistema dove viviamo. Comprende sia un sano sviluppo fisico e biologico sia il benessere psicologico, le relazioni in famiglia e il rapporto con gli altri e con l'ambiente. Secondo tale approccio, gli interventi realizzati dalle istituzioni per migliorare la salute della popolazione devono, quindi, tenere in considerazione tanti diversi fattori, comprese le esperienze, le aspettative ed i comportamenti delle persone come pure i condizionamenti economico-sociali e lo stile di vita internazionali.

In questo gioco di intrecci tra il concetto multisettoriale e quello interprofessionale, le tecnologie hanno assunto un ruolo cruciale nella società moderna, introducendo una nuova nozione che concorre ad alterare le conoscenze acquisite durante il periodo cosiddetto *“fordista”*: la complessità. L'avvento della società complessa ha contribuito a minare uno dei pilastri della modernità: quello di un presunto ordine intrinseco del mondo, derivante da una visione meccanicistica e deterministica della natura. Siamo cioè entrati in una fase storica dove l'idea di una realtà unica e conoscibile non è più tollerata⁶³.

62 L'Unione europea contribuisce a migliorare la salute pubblica attraverso finanziamenti e norme in materia di lotta contro le minacce sanitarie all'interno degli Stati membri, medicinali, diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria in tutta Europa, prevenzione delle malattie e promozione della salute.

63 L'incertezza sostituisce il determinismo, la complessità prende il posto dell'ordine, il relativismo si contrappone a una visione indivisibile del mondo. Questo modo di ragionare si applica naturalmente anche all'uomo e, dunque, alle scienze umane e sociali.

Un contributo a questa visione viene data dall'avvento del “*Quaternario*” che è governato dalla continua evoluzione delle tecnologie digitali e dalle innovazioni da essa prodotte. Il settore sanitario non ne è esente e sta vivendo una fase innovativa come forse mai aveva vissuto in precedenza⁶⁴.

La moderna tecnologia sanitaria e il passaggio alle informazioni digitali stanno facendo vivere alla medicina un cambiamento epocale. Tant'è che in questo momento in cui la conversione ai documenti digitali è in gran parte completata, le nuove innovazioni dovranno concentrarsi sul rendere quei documenti più connessi in modo che i sistemi sanitari possano usare le tecnologie computazionali (big data) per migliorare il trattamento dei pazienti. La digitalizzazione ha infatti previsto la configurazione di funzionalità digitali che supportino i processi o i servizi di assistenza sanitaria di routine. Le TAC e le risonanze magnetiche sono esempi di come la digitalizzazione abbia cambiato i servizi di assistenza sanitaria, mentre strumenti digitali quali la fatturazione automatizzata hanno cambiato i processi amministrativi. In definitiva, la digitalizzazione sta rendendo più facile l'archiviazione, l'accesso ai dati e la loro condivisione⁶⁵.

Come si è potuto accennare in premessa, le trasformazioni del settore sanitario, la cosiddetta “Sanità 4.0”, sono trainate dalla progressiva adozione di tecnologie innovative: AI, Big Data Analytics, computer quantistici, Internet of Things, Realtà Aumentata, stampa 3D, nanotecnologie, connettività mobile ad elevate prestazioni (5G) e sistemi robotici che concorrono a una vera e propria ridefinizione dell'ecosistema sanitario. Pur nella sua indubbia complessità,

64 La tecnologia sconvolge da sempre il settore della medicina. La differenza con il passato è che oggi ciò che cambia sono soprattutto i paradigmi del rapporto tra il sistema sanitario e la cura della persona. L'innovazione dirompente è in atto anche nel settore medico. Queste dinamiche ci consentono di tradurre l'innovazione nella sanità come una cosa solo apparentemente semplice, ad esempio, modificare un modulo per dimettere un paziente in tempi rapidi, oppure molto complessa, come ad esempio un trapianto di vertebra stampata in 3D, oppure la cura immuno-terapica che abbia come obiettivo degli specifici tipi di cellule tumorali. Qualsiasi evoluzione, semplice o complessa, che porti dei miglioramenti in termini di risultati sanitari e di esperienze dei pazienti la possiamo considerare come un'innovazione sanitaria. Inoltre, il rapido passaggio ai servizi di telemedicina durante la pandemia ha dimostrato che anche un'industria così rigorosamente regolata come quella sanitaria può innovarsi rapidamente. Una interessante sintesi di Justyna Matuszak sulle principali tendenze della tecnologia applicata al settore sanitario si trova in <https://knowhow.distrelec.com/it/medicale-e-salute/le-10-principali-tendenze-della-tecnologia-applicata-al-settore-sanitario/>.

65 La trasformazione digitale nell'assistenza sanitaria è ancora in atto e comporterà una rielaborazione fondamentale del modo in cui gli enti paganti, gli operatori sanitari e altri soggetti operano e interagiscono con pazienti, consumatori e parti interessate. La tecnologia, un tempo suddivisa in una serie di attività segmentate, sta trasformando l'assistenza sanitaria in un ecosistema integrato in cui i professionisti del settore possono affrontare efficacemente su una scala più ampia le sfide del proprio lavoro, pur restando concentrati sui pazienti e offrendo un'assistenza medica di valore.

soprattutto a livello di governance, anche il sistema sanitario sta raggiungendo quel paradigma “4.0” che ha nel digitale e nell’approccio *data-driven* i suoi fattori abilitanti⁶⁶.

Il tema delle tecnologie che abilitano la sanità 4,0 è molto ampio, perché la digitalizzazione si manifesta negli ambiti più disparati: nelle strutture, per esempio, coinvolge i processi clinico-sanitari (da cui la Cartella Clinica Elettronica), ma anche i servizi digitali per i cittadini (totem, sistemi di prenotazione, eliminacode, ecc.) e i sistemi di integrazione con il territorio come la telemedicina. Anche le persone sono coinvolte in questa evoluzione epocale della sanità 4.0 in quanto le tecnologie digitali le chiamano a vivere un nuovo rapporto con il sistema sanitario e a gestire in modo attivo la propria salute. Infine, per i medici e i ricercatori la tecnologia sta diventando un insostituibile alleato per migliorare l’efficacia diagnostica e per esplorare nuovi percorsi e metodologie di cura più efficaci, sicure e personalizzate.

Le tecnologie abilitanti per la nuova sanità sono molte e rappresentano una delle grandi sfide non solo per la scienza contemporanea ma anche per i settori chiamati ad utilizzarle. Il mercato sta registrando, un po’ come accade in altri settori (*finance* e *manufacturing*) il continuo ingresso di player innovativi e colossi tecnologici (Big Tech) la cui proposta punta a rivoluzionare i percorsi di assistenza sanitaria mediante l’uso di tecnologie avanzate (AI, in primis) e una forte insistenza sul concetto di empowerment del paziente.

Tra le tecnologie abilitanti della nuova sanità, l’AI occupa una posizione privilegiata. Oltre all’efficacia nell’automazione di procedure cliniche e amministrative, la tecnologia occupa un ruolo di primo piano nel cammino verso la medicina personalizzata ed è in grado di fornire un supporto importante anche a livello diagnostico.

Vediamone alcuni. L’implementazione di tecnologie e sistemi di AI è destinata a migliorare i sistemi sanitari. Ma per gestire al meglio l’innovazione ed evitare potenziali impatti negativi a livello etico e legale, servono competenze. Le nuove tecnologie digitali stanno infatti rivoluzionando anche la medicina,

⁶⁶ Viviamo nell’era dei dati: quelli dei parametri vitali, delle attività di ogni giorno, ma anche quelli che derivano dalla digitalizzazione dei documenti medici, delle sequenze genomiche, dei Fascicoli Sanitari, delle Cartelle Cliniche, referti, imaging radiologico e molto altro. Riuscire a generare informazioni utili, insight da questo immenso volume di dati e indirizzarle all’ottimizzazione delle strutture, dei percorsi di prevenzione e cura, nonché alla creazione di un sistema più inclusivo, migliore ed avanzato è il fine ultimo della Sanità 4.0.

con indiscutibili benefici per la salute e, in generale, il miglioramento del *welfare*, nello specifico, il miglioramento dell'assistenza sanitaria e della prevenzione. A supporto del settore stanno nascendo applicazioni sempre più sofisticate in grado di essere utilizzate per monitorare lo stato di salute delle persone attraverso l'invio di dati che possono essere elaborati e controllati dall'AI e condivisi con i medici per definire le più corrette terapie.

Le nuove tecnologie stanno rivoluzionando la medicina anche per quanto riguarda la diagnostica. Alcuni accertamenti che una volta potevano essere effettuati solo in ospedale, ora si possono fare anche a casa, grazie alle macchine a raggi X portatili o ai kit per le analisi del sangue. Inoltre, per i pazienti affetti da disabilità o da patologie degenerative (come il Parkinson), sono stati messi a punto dei dispositivi per aiutarli a svolgere determinate attività, monitorando, allo stesso tempo, l'evolversi della malattia nel corso del tempo.

Diverse tecnologie sono in fase di sviluppo per permettere ai medici di controllare i regimi farmacologici. Esistono sensori talmente piccoli da essere ingeriti insieme ai farmaci, in forma di pillole, per trasmettere informazioni sul rispetto delle prescrizioni da parte dei pazienti. Ugualmente innovative sono le terapie digitali, interventi sanitari attuati attraverso dispositivi elettronici per trattare la depressione o l'insonnia. Non meno importanti sono i progressi nel sequenziamento del genoma. Conoscendo il profilo genetico della malattia e la risposta al trattamento dei pazienti, dovrebbe essere più facile prevedere i risultati delle terapie.

Tra le ultime novità evolutive va segnalato l'auto apprendimento, un tipo di AI che consente ai computer di imparare dai dati con cui entrano in contatto, e ciò avviene senza la programmazione dell'uomo. A questo proposito va detto che anche se le cartelle cliniche elettroniche sono utilizzate da tempo solo di recente le nuove tecnologie hanno permesso di decentralizzare le informazioni grazie ai database blockchains, rendendo così possibile l'interoperabilità e l'accesso sicuro ai dati dei pazienti. Infine, stanno giocando un ruolo di primo piano persino le community online dove le persone con patologie possono sostenersi a vicenda e contribuire alla ricerca⁶⁷.

⁶⁷ Gli odori accompagnano ogni momento della nostra vita, imprimono nella nostra memoria persone e luoghi. Ci fanno venire l'acquolina in bocca o provocano disgusto. Rendono le esperienze che viviamo magiche o terribili. Uno delle conseguenze del covid-19 è stato la perdita persistente dell'olfatto e del gusto, che ha portato alla nascita sui social di comunità affette da "anosmia". Queste comunità hanno il pregio di

Grazie ai più recenti sviluppi della digitalizzazione della sanità come l'AI, le stampanti 3D, la realtà virtuale e aumentata, la nanotecnologia e la robotica, il futuro della medicina sta prendendo forme sempre più diversificate da quelle che abbiamo conosciuto negli anni passati. Rimanere al passo con i progressi tecnologici è necessario per far sì che sia l'essere umano a controllare la tecnologia, e non il contrario. L'alleanza uomo-macchina sarà fondamentale non solo per accogliere al meglio i futuri cambiamenti del sistema sanitario, ma anche per permettere all'essere umano di non essere emarginato in un mondo sempre più digitalizzato.

In relazione all'esplosione di opportunità in campo sanitario dovuto all'applicazione di principi di AI si riscontra, tra gli ambiti che avranno il maggiore impatto nel prossimo futuro, anche quello dei Big Data Analytics per la Medicina di Precisione, che si è sviluppata proprio grazie alle tecniche di analisi della grande mole di dati che stiamo producendo⁶⁸.

Tra gli ambiti principali in cui opera la medicina di precisione c'è l'oncologia, laddove il tema confina con quello della *radiomica* e della *radiogenomica*⁶⁹. Per la cura di certi tumori, infatti, esistono da tempo terapie personalizzate che si definiscono “a bersaglio molecolare”, ma che per essere applicate richiederebbero l'esecuzione di esami invasivi su campioni di tessuto, con inevitabile sofferenza da parte del paziente. Le nuove tecnologie applicate alla radiomica e alla radiogenomica puntano invece a interpretare esami di routine (TAC) ed in questo modo acquisendo le informazioni necessarie ad evitare del tutto l'invasività degli esami.

favorire il diffondersi nella rete di informazioni che possono essere poi usate dai biotecnologi per tentare di risolvere il problema olfattivo generato dal virus.

68 Entrando nel merito delle tecnologie abilitanti si scopre l'elevata complessità di governare tutte queste innovazioni e di connetterle alle differenti competenze necessarie per essere in grado di offrire servizi efficienti. A questo proposito il concetto di Medicina di Precisione, che per certi versi si sovrappone a quello di Medicina Personalizzata, punta a fornire il miglior percorso di cura possibile per ciascun paziente, uscendo dal paradigma della cura standardizzata in funzione della patologia. Per fare ciò, la medicina di precisione mette in relazione i dati genetici del paziente, il contesto ambientale e anche quelli dello stile di vita: in questo modo, indirizza il medico verso la cura con la più alta probabilità di successo, permettendo inoltre di verificarne costantemente il decorso e, nel caso, adottare interventi correttivi.

69 “Radiomica” e “radiogenomica” sono due termini che ricorrono sempre più nel linguaggio degli addetti ai lavori nel campo della diagnostica per immagini. La prima rappresenta un obiettivo chiave dei campi di ricerca della medicina moderna, vale a dire la “medicina di precisione”. Il secondo rappresenta il passo successivo. La radiogenomica mette in relazione i dati quantitativi ottenuti con la radiomica con i dati genomici. Per fare un esempio, è noto a molti come alcuni tumori abbiano delle specifiche mutazioni geniche. Per sapere se la mutazione sia presente o meno, è indispensabile prelevare una piccola quota di tessuto tumorale attraverso una procedura invasiva (biopsia) e analizzare il prelievo in laboratorio. Nel prossimo futuro, una semplice analisi radiomica non invasiva potrà essere in grado di informarci se un tumore abbia una certa mutazione.

Come abbiamo più volte sottolineato viviamo nell'era della connettività pervasiva e dell'Internet of Things, degli oggetti 'connessi' che possono raccogliere svariate informazioni utili per il benessere, la salute e per favorire specifici percorsi di cura. Per quanto concerne i dispositivi consumer, ormai molto diffusi sotto forma di smartwatch, fitness band o fitness tracker, si ritiene che ormai una persona su quattro registri i propri dati e prenda su di essi decisioni circa la propria salute e i propri stili di vita. In questo momento, come osserva l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, il problema è che solo il 5% li condivide con il proprio medico. Ciò non incide sul fatto positivo che la diffusione dei wearable e delle App per la salute registra forti tendenze alla crescita e ciò rappresenta per il futuro la garanzia di un profondo cambio di paradigma nel comportamento delle persone.

La realtà aumentata è un'altra tecnologia capace di modernizzare il settore della sanità e di spingerla verso il paradigma 4.0. Le applicazioni della realtà immersiva in campo medico sono diverse e tutte potenzialmente efficaci: si va dalla formazione e dall'assistenza sanitaria, con possibilità di effettuare alcune diagnosi a distanza, fino ad applicazioni avanzate in ambito chirurgico, laddove medico e assistenti intervengono tenendo costantemente sotto controllo i parametri vitali. Discorso analogo per quanto concerne la perfetta visualizzazione simulata degli organi e degli interventi da effettuare, attività che potrebbe precedere un vero e proprio intervento in telechirurgia.

L'innovazione e l'interprofessionalità'

La pandemia ha messo in luce quanto sia importante il coordinamento tra i Paesi europei per tutelare la salute delle persone, sia durante le crisi che in tempi normali, in cui è possibile occuparsi di questioni sanitarie ordinarie, investire in sistemi sanitari solidi e formare il personale sanitario competente.

Nell'ambito degli studi sulla fornitura di servizi efficienti in ambito sanitario il tema dell'interprofessionalità ha assunto una notevole rilevanza e sta rivestendo un ruolo fondamentale nella comprensione di molti dei problemi che l'innovazione apporta sia nell'organizzazione del lavoro che nella valorizzazione delle nuove professioni indotte dalla rivoluzione digitale⁷⁰.

⁷⁰ In campo sanitario il concetto di interprofessionalità viene utilizzato per mettere in luce lo svilup-

L'impatto della rivoluzione digitale sull'interprofessionalità impone oltre che un cambiamento a livello organizzativo anche uno a livello gestionale, in quanto la complessità dell'interconnessione delle figure professionali comporta la creazione di condizioni ambientali e l'introduzione di strumenti e tecnologie in grado di garantire un servizio migliore per i cittadini. Come avviene nella riorganizzazione dell'industria il processo non è immediato, anzi, il più delle volte è molto complesso e richiede diversi accorgimenti organizzativi in seno alla divisione del lavoro, in modo da poter attenuare la conflittualità dovuta alla posizione gerarchica (presunta o reale) assunta dalle singole professioni nell'ambito del sistema sanitario.

L'interesse sulla collaborazione interprofessionale in ambito sanitario non è un concetto del tutto nuovo nel panorama internazionale, ma le nuove tecnologie hanno contribuito a fargli assumere un'importanza cruciale nell'organizzazione della filiera medica. Il concetto, infatti, ha stimolato la produzione scientifica di una vasta letteratura internazionale che sta sotto l'etichetta: *interprofessional care*⁷¹. Negli ultimi anni sono infatti apparse sul mercato diverse riviste che si occupano di questo tema. A partire dai risultati pubblicati possiamo affermare che l'attenzione degli studiosi si sta concentrando soprattutto sui diversi fattori che contribuiscono ad accrescere le prassi collaborative tra le professioni sanitarie. Questo comporta l'urgenza di un adeguamento alla realtà emergente di tutti i processi educativi ritenuti centrali per promuovere la diffusione della cultura collaborativa in ambito sanitario. Ma non solo. Se si vuole vincere i pregiudizi legati alla contrapposizione delle diverse culture professionali e incidere sia sui modelli di governance delle strutture sanitarie che sulle politiche organizzative e ambientali orientate a risolvere i potenziali conflitti interprofessionali vi è la necessità di intervenire con una ristrutturazione radicale di tutta la filiera educativa.

po di pratiche collaborative tra professionisti provenienti da differenti discipline, finalizzate a rispondere ai bisogni complessi dei pazienti. Tale concetto deriva dalla necessità di intersecare le differenze professionali, caratterizzate a volte da visioni opposte e conflittuali, attraverso l'interazione continua delle competenze e la condivisione di conoscenze e pratiche tra i diversi professionisti coinvolti. Al contrario di quanto avviene nelle attività svolte da gruppi professionali specializzati, il lavoro interprofessionale richiede un vero e proprio cambiamento di paradigma, in quanto tende a coinvolgere il sistema di valori, di identità e status professionali, oltre ai codici di comportamento e ai modi di lavorare di ciascun professionista.

⁷¹ Il termine collaborazione interprofessionale (IPC – Interprofessional Collaboration) è noto già nel 2010, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto l'IPC nella formazione e nella pratica come una strategia innovativa con un ruolo importante nel mitigare la crisi globale del modello occupazionale nell'area sanitaria.

In questo modo l'ambiente organizzativo presenta, per coloro che vi operano, non solo opportunità ma anche una serie di vincoli che vanno ad aumentare il livello di complessità nelle relazioni tra i professionisti. Ciò spinge a combinare i diversi fattori dell'organizzazione per superare gli ostacoli che impediscono la collaborazione tra i diversi professionisti. I fattori dell'organizzazione che maggiormente vengono identificati come influenti sulle azioni di prevenzione e controllo sanitario sono legati alle specifiche strutture gestionali adottate, ed in particolare alla necessità di passare da un modello di tipo gerarchico ad uno di carattere orizzontale, che crea le condizioni migliori per una comunicazione aperta e chiara tra i membri del gruppo e una condivisione del processo decisionale⁷².

Partendo da queste considerazioni, necessarie per inquadrare il tema specifico in cui si colloca la riflessione, il paper si pone l'obiettivo di analizzare il tema dell'interprofessionalità dalla prospettiva specifica della sussidiarietà delle policy. Abbiamo cercato, in particolare, di dimostrare che l'introduzione delle nuove tecnologie spinte dalle politiche sia nazionali che europee, richiede un nuovo modello di organizzazione e di divisione del lavoro sanitario che deve essere supportato da programmi educativi e formativi specifici, nonché da procedure organizzative e politiche innovative. Tale cambiamento soprattutto nel contesto italiano presenta alcune difficoltà dovute, ad esempio, a modelli di collaborazione interprofessionale poco formalizzati o sperimentali, non riconosciuti a livello organizzativo e istituzionale, soggetti a forme più o meno esplicite di dominanza medica e carenti della strumentazione adeguata a consentirne la piena realizzazione. Il risultato di tali difficoltà porta a realizzare modelli interprofessionali basati il più delle volte sul lavoro multi-disciplinare in cui i singoli professionisti, pur facendo parte di un'equipe composta da più figure professionali, di fatto lavorano in parallelo, in momenti distinti e con metodi differenti, al punto che il risultato complessivo di un'attività di gruppo si ottiene come somma dei singoli contributi e, più raramente, come frutto di un lavoro congiunto.

⁷² Appare doveroso evidenziare che questi aspetti sono strettamente correlati alle nuove tecnologie che si caratterizzano per il loro aspetto collaborativo/cooperativo. Attuare la digital collaboration significa, infatti, utilizzare dispositivi e tecnologie quali per esempio app, piattaforme integrate, social media, con l'obiettivo di migliorare all'interno delle organizzazioni la comunicazione, la gestione dei documenti e il flusso di informazioni, con un conseguente miglioramento dell'efficienza dei dipendenti e della produttività.

Nell'ambito di tale prospettiva, come abbiamo più volte sottolineato, l'aspetto da tenere in considerazione è correlato alle innovazioni nel sistema sanitario nazionale che riguardano la riorganizzazione del lavoro medico e sanitario. Questo focus consente di individuare i fattori che possono costituire il successo o l'insuccesso di tali innovazioni e possono contribuire alla definizione di modelli in grado di essere implementati dal management sanitario sia ospedaliero che extra-ospedaliero.

L'attenzione a queste tematiche rende tuttavia necessario implementare una serie di attività complementari e di supporto per rendere più efficace la digitalizzazione del settore Sanità, tentando di superare la situazione di frammentarietà che coinvolge l'intera organizzazione del settore. Su questa base si possono evidenziare le misure proposte dal Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) a supporto delle diverse problematiche riguardanti il Sistema Sanitario Nazionale. Trattasi di azioni che puntano a finanziare sia la formazione che l'aggiornamento digitale.

Sebbene lo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali sia l'oggetto dell'Investimento 2.2 del PNRR, il finanziamento non prevede una formazione "dal basso", ovvero non coinvolge i pazienti, diretti fruitori delle novità digitali nel mondo della sanità. A maggior ragione, fare formazione sul digitale significa anche soddisfare le necessità tecnologiche in termini di numero di smartphone e/o computer posseduti dalla popolazione, in particolare quella residente in aree marginali (montane o rurali). Senza questi dispositivi, infatti, la "Digital Health" rimarrebbe uno strumento inutilizzato e i suoi benefici non efficaci⁷³.

Le soluzioni digitali offrono l'opportunità all'individuo di essere un partecipante attivo alla propria salute e per questo motivo appare evidente la necessità di avviare un percorso di alfabetizzazione sanitaria digitale. La transizione digitale nella Sanità implica perciò un intervento sul modello

⁷³ L'Investimento 2.2 prevede il finanziamento di borse di studio di medicina generale per giovani diplomati. Queste, tuttavia, non impartiranno alcun tipo di conoscenze sulle nuove tecnologie di natura sanitaria né sulle modalità di "medicina a distanza". Per rendere la telemedicina parte integrante della formazione accademica dei medici ancor prima che approdino nelle strutture sanitarie, è opportuno trasformarla in un vero e proprio percorso formativo. Inoltre, in futuro è auspicabile l'adeguamento dei corsi di laurea, incentrandoli sulla "Digital Health". D'altronde, le tecnologie digitali sono già presenti in ogni aspetto del settore sanitario, dunque sarebbe importante non rinviare l'apprendimento solamente ad un momento successivo al conseguimento della laurea.

educativo delle persone, soprattutto sulla fascia di popolazione più fragile. Prendendo in considerazione le caratteristiche proprie dello stato italiano l'introduzione delle nuove tecnologie possono migliorare i servizi sanitari e, in questo modo, contribuire a ridurre le disuguaglianze e influire positivamente anche sui costi a carico del sistema sanitario. In assenza di formazione, infatti, le nuove tecnologie possono produrre anche nuove disparità e, nonostante la potenzialità dell'e-Health, le disparità nell'accesso e nell'alfabetizzazione sanitaria digitale hanno un impatto sulle popolazioni più “*vulnerabili*”.

Un passo essenziale per i sistemi sanitari è quello di affrontare le sfide con cui i Paesi sviluppati e le loro strutture e servizi si trovano oggi a confrontarsi, con l'obiettivo di migliorare il modello assistenziale e, al contempo, preservare la sostenibilità finanziaria.

Anche se queste riflessioni non si pongono l'obiettivo di approfondire l'interpretazione del concetto dobbiamo però tenerle in considerazione sia per comprendere l'organizzazione del lavoro che le implicazioni tecnologiche su quest'ultimo. Infatti, appare del tutto coerente con la nostra riflessione l'esigenza di identificare e analizzare i diversi modi di intendere i concetti di formazione e pratica interprofessionale, in modo da gettare una base per il suo ulteriore sviluppo all'interno di un più ampio contesto di politica sanitaria.

Non possiamo sottovalutare il fatto che il futuro prossimo vedrà l'interprofessionalità giocare un ruolo sempre più importante nel settore sanitario. Essa contribuirà in maniera determinante alla qualità e alla continuità delle cure, alla soddisfazione di tutti i protagonisti come anche al controllo della spesa⁷⁴.

L'innovazione digitale può per altrettanti diversi aspetti diventare una garanzia di lungo termine per i sistemi sanitari nazionali. La tecnologia nella sanità può sicuramente contribuire a fornire nuovi strumenti di lavoro, efficientare i costi, ridurre i problemi delle liste di attesa, come anche ridimensionare le disuguaglianze territoriali, soprattutto all'interno delle aree “esterne” e rurali del Paese. Gli sviluppi della digitalizzazione in campo sanitario porteranno al sorgere di veri e propri “ecosistemi sanitari digitali”,

⁷⁴ Con tecnologie applicate ai servizi sanitari si fa implicitamente riferimento ad una vasta gamma di soluzioni che includono: piani di cura personalizzati, prevenzione medica, assistenza integrata, chirurgia di precisione, nonché le soluzioni di assistenza sanitaria a distanza, cioè basate sulla telemedicina.

dove un insieme di risorse (fra cui dati, applicazioni, dispositivi e tecnologie) caratterizzeranno il futuro della sanità digitale.

Il ruolo dell'Unione europea nella politica sanitaria

L'Associazione internazionale di categoria "DIGITALEUROPE", rappresentante delle industrie europee in trasformazione digitale, pone al centro della sua attività l'impegno per un'Europa digitale, in cui "le nuove tecnologie, l'innovazione e l'AI possano offrire ai cittadini europei posti di lavoro competitivi, una salute migliore e servizi pubblici migliori". L'europeismo nel raggiungimento di simili obiettivi non può essere adeguatamente perseguito all'interno di un'Unione frammentata: l'inclusione digitale e l'innovazione digitale anche nel settore della Salute possono creare enormi benefici alla collettività, intesa in senso globale e locale. A questo proposito la Commissione europea opera, soprattutto, attraverso un lavoro di promozione e comunicazione delle informazioni sulla digitalizzazione in Europa.

Fermo restando che la salute e precisamente la politica sanitaria è una competenza primaria degli Stati membri, è bene evidenziare che la collaborazione e l'armonizzazione normativa nazionale con l'Unione Europea richiede un continuo rafforzamento. Gli Stati membri dell'UE sono responsabili dell'organizzazione e della fornitura di servizi sanitari e dell'assistenza medica, ma il ruolo dell'Unione nella politica sanitaria è complementare alle politiche nazionali ed è inoltre attento a garantire, come previsto dall'art. 168 Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea (TFUE), un livello elevato di protezione della salute umana.

Secondo le direttive della Commissione i campi particolarmente promettenti per l'Europa nel suo complesso sono

1. la *Connected Health*, ovvero la salute connessa;
2. la medicina di precisione;
3. i *digital twins*, vale a dire i gemelli digitali.

Si tratta di campi di azione fortemente orientati ad un'idea di assistenza sanitaria a servizio delle persone, cioè tenendo conto di bisogni e aspettative di cura dei pazienti e, in generale, "della persona".

L'Unione europea contribuisce a migliorare la salute pubblica attraverso finanziamenti e norme in materia di lotta contro le minacce sanitarie transfrontaliere, medicinali, diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera, prevenzione delle malattie e promozione della salute.

In tutte le politiche e le attività dell'Unione, così come previsto dalla base giuridica inerente la politica sanitaria dell'UE (art. 168 del TFUE), la Commissione garantisce un livello elevato di protezione della salute umana⁷⁵.

⁷⁵ L'azione dell'Unione europea in materia di salute, così come recita l'articolo 168 TFUE, ha come obiettivi il miglioramento della sanità pubblica, la prevenzione delle malattie e dei rischi per la salute, compresi quelli legati allo stile di vita, nonché favorire la ricerca. Il compito dell'Unione, pertanto, non è quello di definire le politiche sanitarie, né di organizzare e fornire servizi sanitari e di assistenza medica. La sua azione serve invece a integrare le politiche nazionali e a sostenere la cooperazione tra gli Stati membri nel settore della sanità pubblica. "TITOLO XIV - SANITÀ PUBBLICA, Articolo 168 (ex articolo 152 del TCE): 1. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

L'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria, nonché la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero.

L'Unione completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione.

2. L'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione. In particolare, incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera.

Gli Stati membri coordinano tra loro, in collegamento con la Commissione, le rispettive politiche ed i rispettivi programmi nei settori di cui al paragrafo 1. La Commissione può prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento, in particolare iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi delle migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici. Il Parlamento europeo è pienamente informato.

3. L'Unione e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica.

4. In deroga all'articolo 2, paragrafo 5, e all'articolo 6, lettera a), e in conformità dell'articolo 4, paragrafo 2, lettera k), il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, contribuiscono alla realizzazione degli obiettivi previsti dal presente articolo, adottando, per affrontare i problemi comuni di sicurezza:

a) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati; tali misure non ostano a che gli Stati membri mantengano o introducano misure protettive più rigorose;

b) misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica;

c) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico.

5. Il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, possono anche adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, in particolare per lottare contro i grandi flagelli che si propagano oltre frontiera, misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, e misure il cui obiettivo diretto sia la protezione della sanità pubblica in relazione al tabacco e all'abuso di alcol, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri.

6. Il Consiglio, su proposta della Commissione, può altresì adottare raccomandazioni per i fini stabiliti dal

Il fine ultimo di ogni singola azione dell'Unione in materia digitale e sanitaria resta quello del miglioramento complessivo dell'assistenza alla persona⁷⁶.

Nello specifico, quindi, la Commissione integra le politiche sanitarie nazionali, sostenendo i governi locali dell'Unione europea nel raggiungimento di obiettivi comuni, nella condivisione delle risorse e nel superamento delle sfide comuni. Oltre a formulare leggi e norme per i prodotti e i servizi sanitari a livello europeo, fornisce anche finanziamenti per progetti in materia di salute in tutto il territorio.

Su queste basi l'Unione contribuisce a migliorare la salute pubblica attraverso finanziamenti e norme in materia di salute pubblica rivolte ad alcuni settori quali:

- diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera;
- medicinali e dispositivi medici;
- gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero;
- cancro, tabacco e promozione della salute;
- organi, sangue, tessuti e cellule.

Nello specifico nel settore della salute l'Unione europea adotta leggi e raccomandazioni per proteggere le persone che riguardano, ad esempio, i prodotti sanitari e i diritti dei pazienti. Il coordinamento in materia di sanità pubblica, invece, è una diretta conseguenza della libera circolazione delle persone e delle merci nel mercato interno. La cooperazione dell'UE sulle questioni di salute pubblica è utile per affrontare le sfide sanitarie comuni derivanti dagli scenari che ci troviamo ad affrontare: dalla resistenza antimicrobica, alle malattie croniche prevenibili fino all'invecchiamento della popolazione e alla trasmissione di nuovi virus come il covid-19. Inoltre, ai

presente articolo.

7. L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate. Le misure di cui al paragrafo 4, lettera a) non pregiudicano le disposizioni nazionali sulla donazione e l'impiego medico di organi e sangue.

76 Uno dei primi aspetti critici sollevati da uno dei report dell'Associazione DIGITALEUROPE in ambito Digital Health riguarda la constatazione di fatto che spesso le innovazioni in campo sanitario sorgono come valide idee in Europa, ma con una estrema rapidità tendono a spostarsi verso "terreni più fertili" che offrono maggiori garanzie di investimento, cioè verso altri mercati non europei. Gli Stati e l'Unione Europea perdono dunque anche una fra le più importanti opportunità di guidare il cambiamento dell'innovazione in campo sanitario e assistenziale.

sensi del diritto dell'Unione europea, i cittadini hanno la facoltà di accedere all'assistenza sanitaria in qualsiasi Stato membro e di essere rimborsati dal loro paese di origine per le cure ricevute all'estero. La tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) garantisce che le cure necessarie siano prestate alle stesse condizioni e costi del Paese di provenienza dell'assicurato⁷⁷. Allo stesso tempo, una direttiva dell'Unione sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera stabilisce le condizioni alle quali un paziente può recarsi in un altro Paese dell'Unione per ricevere cure mediche ed essere rimborsato.

Uno dei compiti della Commissione è quello di disciplinare l'autorizzazione dei farmaci da parte dell'Agenzia europea per i medicinali, a livello europeo, o delle autorità competenti degli Stati membri⁷⁸. L'Unione europea disciplina anche le sperimentazioni cliniche che forniscono i dati utilizzati per tali autorizzazioni. L'obiettivo è garantire la sicurezza, l'efficacia e la qualità dei medicinali. Quando un medicinale viene immesso sul mercato si continua a monitorarne la sicurezza per tutto il suo arco di vita con il sistema di farmaco-vigilanza dell'Unione.

Esiste inoltre un quadro normativo europeo per i dispositivi medici che ne garantisce la sicurezza e l'efficacia e facilita l'accesso dei pazienti ai dispositivi presenti nel mercato europeo⁷⁹. La Commissione europea ha inoltre incluso la sanità elettronica tra i settori chiave della sua agenda per la trasformazione digitale⁸⁰.

⁷⁷ La tessera europea di assicurazione malattia è una carta gratuita che dà accesso all'assistenza sanitaria necessaria dal punto di vista medico durante un soggiorno temporaneo in uno dei 27 paesi dell'Unione, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera o Regno Unito. Le prestazioni coperte dalla carta comprendono, ad esempio, le prestazioni fornite in relazione a malattie croniche o preesistenti, nonché in caso di gravidanza e parto.

⁷⁸ L'Agenzia europea per i medicinali, istituita nel 1995, è una rete che riunisce oltre 40 autorità nazionali di regolazione, il che assicura uno scambio e un flusso costante di informazioni sulla valutazione scientifica dei farmaci negli Stati membri.

⁷⁹ I dispositivi medici e i dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) hanno un ruolo fondamentale nel salvare vite umane fornendo soluzioni sanitarie innovative per la diagnosi, la prevenzione, il monitoraggio, la previsione, la prognosi, il trattamento o l'attenuazione delle malattie. L'Unione europea dispone di un settore produttivo di dispositivi medici competitivo e innovativo, caratterizzato dal ruolo attivo delle piccole e medie imprese. È supportato da un quadro normativo che mira a garantire il buon funzionamento del mercato interno, prendendo come base un elevato livello di protezione della salute per i pazienti e gli utenti. Sul mercato dell'UE sono presenti oltre 500.000 tipi di dispositivi medici e IVD. La Commissione ha rivisto le leggi che disciplinano i dispositivi medici e la diagnostica in vitro per allinearsi agli sviluppi del settore negli ultimi 20 anni. La priorità era garantire un quadro normativo solido, trasparente e sostenibile e mantenere un elevato livello di sicurezza sostenendo, allo stesso tempo, l'innovazione. A questo proposito due nuovi Regolamenti del 5 aprile 2017 sui dispositivi medici e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro sono entrati in vigore a maggio dello stesso anno. Si veda il Regolamento (UE) 2017/745 sui dispositivi medici e il Regolamento (UE) 2017/746 relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro.

⁸⁰ Con "sanità elettronica" si fa riferimento agli strumenti e ai servizi che utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) per migliorare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento, il

La crisi covid-19 ha evidenziato l'importanza della trasformazione digitale nei settori della sanità e dell'assistenza. La digitalizzazione può rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari, la loro efficienza e la risposta complessiva alla pandemia. Il 3 maggio 2022 la Commissione europea ha proposto un regolamento per istituire un ecosistema specifico per la gestione dei dati in ambito sanitario. Tale spazio aiuterebbe le persone ad avere il pieno controllo dei propri dati sanitari, che sarebbero rilasciati sulla base di una norma europea comune e permetterebbe loro di ottenere un'assistenza sanitaria migliore in tutti gli Stati membri. Allo stesso tempo, la gestione comune dei dati consentirà anche ai ricercatori di sfruttare appieno le potenzialità offerte da uno scambio, utilizzo e riutilizzo sicuri dei dati sanitari, migliorando in questo modo la ricerca medica⁸¹.

Gli Stati membri dell'UE sono invece responsabili dell'organizzazione e della fornitura di servizi sanitari e assistenza medica, pertanto, il ruolo della Commissione nella politica sanitaria è complementare alle politiche nazionali.

Il Quadro Finanziario Pluriennale dell'Unione Europea

Un bilancio pari a grossomodo l'1% del prodotto lordo complessivo ha un valore in termini di solidarietà tra gli Stati membri e tra i territori ben superiore a quello economico. Gli obiettivi strategici dell'Unione europea hanno a che fare con la crescita, la competitività, lo sviluppo tecnologico e con il ruolo della Ue a livello globale. Se analizziamo i megatrend con cui gli Stati membri hanno a che fare in questi anni possiamo tranquillamente affermare che mai come in questa fase il Quadro Finanziario Pluriennale appare così importante, non solo una questione finanziaria, ma appunto, per l'importanza degli obiettivi strategici sottesi dalla politica di coesione. Per fare un solo esempio: la spesa pubblica complessiva degli Stati membri è circa 50 volte più alta del bilancio Ue. Privilegiare i pagamenti diretti agli agricoltori o privilegiare i settori tecnologicamente avanzati non è la stessa cosa per nessun Paese membro. Oppure, questione centrale delle prossime "prospettive

monitoraggio e la gestione delle malattie.

81 Si veda la Comunicazione sull'abilitazione della trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale; responsabilizzare i cittadini e costruire una società più sana in COM/2018/233 final del 25 aprile 2018.

finanziarie pluriennali”, privilegiare gli investimenti per gestire le migrazioni o rafforzare la sicurezza europea non è la stessa cosa che tentare di intraprendere delle strade solitarie.

L'insieme delle rubriche rappresentano il piano che definisce quanto viene investito nelle politiche che rafforzano il futuro dell'Europa. Trattasi nella sostanza del bilancio a lungo termine che stabilisce quanto l'Unione europea potrà investire dopo la sua approvazione attraverso i diversi programmi che mirano a rafforzare la coesione tra gli Stati dell'Europa. I recenti bilanci a lungo termine sono stati fissati per sette anni. Una delle ragioni per cui la Commissione dispone di un bilancio a lungo termine e allo stesso tempo di bilanci annuali è l'esigenza di prevedibilità e quindi efficienza per i programmi che l'Unione europea intende finanziare.

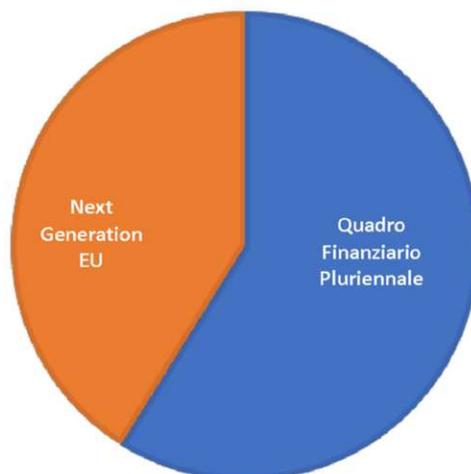
Il bilancio settennale finanzia le diverse politiche dell'Unione europea attraverso una serie di fondi e programmi. In tale ambito, riveste una particolare importanza il Programma Next Generation EU, istituito in via eccezionale per fronteggiare le conseguenze della crisi pandemica. Il bilancio europeo sostiene anche la ricerca e l'innovazione, gli investimenti e lo sviluppo di piccole e medie imprese, con lo scopo di promuovere la crescita e la creazione di nuovi posti di lavoro negli Stati membri. Nell'ambito dell'attuale Quadro Finanziario Pluriennale, la Politica Agricola Comune (PAC) dell'Unione e la politica comune della pesca e dell'ambiente ricevono la maggior parte dei finanziamenti. Seguono i programmi di coesione che mirano a ridurre le disparità tra i livelli di sviluppo delle regioni europee. Il bilancio a lungo termine finanzia anche progetti internazionali di aiuto umanitario e di sviluppo⁸².

Il bilancio pluriennale dell'Unione europea 2021-2027 prevede risorse pari a 1.074,3 miliardi di euro in termini di impegni (a prezzi correnti, che tengono conto di un tasso di inflazione annuo del 2%). Il bilancio è integrato dai 750 miliardi euro (a prezzi correnti) di Next Generation EU che la

82 Il regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 che stabilisce il quadro finanziario pluriennale (QFP) dell'UE per il periodo 2021-2027 e il regolamento (UE) 2020/2094 che istituisce lo strumento dell'Unione europea per la ripresa Next Generation EU sono stati adottati dalle Istituzioni europee al termine di un negoziato particolarmente lungo e complesso, iniziato nel maggio 2018 e radicalmente mutato in seguito allo scoppio della crisi pandemica. Il nuovo bilancio, rafforzato da Next Generation EU, intende in modo particolare fornire agli Stati membri i mezzi necessari per far fronte alle conseguenze della crisi covid-19 e, allo stesso tempo, trasformare l'Unione attraverso le sue principali politiche, specialmente la transizione verde e la trasformazione digitale.

Commissione europea è autorizzata a raccogliere, per conto dell'Unione, sui mercati dei capitali, al fine di fornire agli Stati membri le risorse necessarie, sotto forma di prestiti e sovvenzioni (cioè contributi a fondo perduto), per affrontare le conseguenze socio-economiche della crisi pandemica.

Quadro Finanziario Pluriennale 2021-2027



Fonte: Commissione europea

Fin dal suo insediamento nel dicembre 2019, la Commissione aveva presentato un programma molto ambizioso, dedicando un'attenzione particolare ai temi della transizione gemella, quella digitale e quella ecologica. Europa digitale è, infatti, il nuovo programma che punta a sostenere la transizione digitale, mentre all'ambiente è dedicato lo *European Green Deal*, presentato il 14 gennaio 2020.

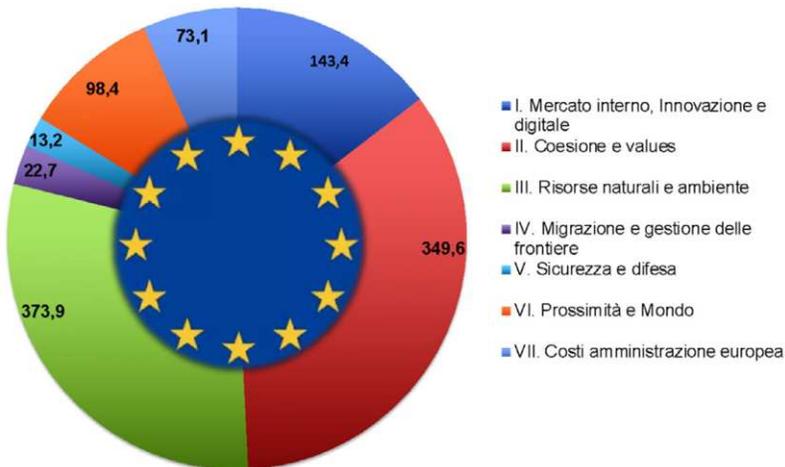
La programmazione 2021-2027 rileva un impegno maggiore per quanto riguarda la tutela della biodiversità e del clima. Al cambiamento climatico, infatti, viene destinato un terzo del budget, ovvero il 30% della spesa di tutti i programmi. Il *Just Transition Fund* (cui vengono destinati 7,5 miliardi dal QFP e 10 dal NGEU) servirà ad agevolare la transizione verso un'economia climaticamente neutrale, in linea con l'obiettivo dell'Unione di tagliare del 55% le emissioni di CO₂ entro il 2030 e raggiungere la neutralità climatica entro il 2050. Tali risorse saranno principalmente

destinate ai Paesi che fanno ancora maggiormente affidamento sui carboni fossili, come la Germania e la Polonia.

Dopo l'approvazione del bilancio pluriennale, ciascun Programma che compone l'insieme delle Rubriche è stato regolato tramite l'approvazione di regolamenti specifici che individuano le norme di funzionamento, mentre la decisione sulle risorse proprie dell'UE è stata approvata in tutti gli Stati membri conformemente alle rispettive norme costituzionali.

Il Quadro Finanziario Pluriennale fissa, per ciascun anno del periodo di programmazione, gli importi massimi degli stanziamenti di impegno del bilancio dell'Unione per singola rubrica di spesa (corrispondente ai grandi settori di intervento), mentre i massimali degli stanziamenti di pagamento sono definiti complessivamente per anno senza distinzione per rubrica. Stabilendo i limiti di spesa per ciascun anno e per singola rubrica, il Quadro Finanziario Pluriennale impone il rispetto della disciplina di bilancio e garantisce un ordinato andamento delle spese dell'Unione, entro i limiti delle Risorse Proprie che finanziano il bilancio dell'UE ed in linea con gli obiettivi politici definiti dal Quadro Finanziario.

Il Quadro Finanziario per rubriche



Fonte: Commissione europea

Il bilancio pluriennale è articolato nelle seguenti 7 rubriche di spesa:

- *mercato unico*, innovazione e agenda digitale, con circa 143,4

miliardi di euro. Sono ricompresi, tra gli altri, il programma quadro per la ricerca e l'innovazione Orizzonte Europa, il Fondo InvestEU, il Meccanismo per collegare l'Europa e il programma Europa Digitale;

- coesione, resilienza e valori, con circa 377,8 miliardi di euro, a cui si aggiungono 721,9 miliardi di euro provenienti da Next Generation EU, che sono suddivisi tra il Dispositivo per la ripresa e la resilienza, REACT-EU e RescEU. Ricomprende, tra gli altri, anche il Fondo europeo per lo sviluppo regionale, il Fondo di coesione, il programma per la salute *EU4Health*, il Fondo sociale europeo+ e il programma Erasmus+;
- risorse naturali e ambiente, con circa 356,4 miliardi di euro, a cui si aggiungono finanziamenti aggiuntivi da Next Generation EU (sviluppo rurale e Fondo per una transizione giusta). Ricomprende, tra gli altri, anche i fondi per la politica agricola comune e il fondo LIFE per l'ambiente e l'azione per il clima;
- migrazione e gestione delle frontiere, con circa 22,7 miliardi di euro, che ricomprende, tra gli altri, il Fondo asilo e migrazione e il Fondo per la gestione integrata delle frontiere;
- sicurezza e difesa, con circa 13,2 miliardi di euro, che ricomprende, tra gli altri, il Fondo per la sicurezza interna e il Fondo europeo per la difesa;
- vicinato e resto del mondo, con circa 98,4 miliardi di euro, che ricomprende, tra gli altri, lo Strumento di vicinato, cooperazione allo sviluppo e cooperazione internazionale, lo Strumento per gli aiuti umanitari e lo Strumento di assistenza preadesione;
- pubblica amministrazione europea, con circa 73,1 miliardi di euro.

All'interno di ogni rubrica, il finanziamento è erogato principalmente attraverso: programmi, ad esempio il programma per l'istruzione Erasmus+, il programma LIFE per l'ambiente e molti altri, fondi, come il Fondo di coesione, destinato alle regioni e agli Stati membri più poveri dell'UE.

L'analisi della Commissione europea è impietosa tanto da considerare i vantaggi della globalizzazione ormai ampiamente diffusi, mentre i costi sociali sono quasi sempre sostenuti a livello locale, con conseguenze negative nei territori.

Per questo motivo gli investimenti promossi con le risorse del Quadro finanziario Pluriennale tendono a un'Europa più "intelligente", che promuove conoscenza, innovazione, istruzione e società digitale, oltre che più verde (con meno emissioni di carbonio). La strategia punta anche a un'Europa più connessa (via internet), più sociale, più vicina ai cittadini, nonché più flessibile.

L'Unione europea con la nuova programmazione sta giocando una partita decisiva nel mezzo di una crisi di fiducia nella sua forza, nella sua identità e, secondo alcuni, perfino nelle sue basi costitutive. Una crisi che investe anche la tenuta economico-sociale.

I Programmi, quindi, sono linee di finanziamento gestite dalla Commissione europea che, attraverso le sue Direzioni Generali (DG) e/o Agenzie Esecutive, si occupa della pubblicazione delle linee programmatiche e dei bandi, della selezione dei progetti e del loro monitoraggio, erogando i fondi ai beneficiari nelle procedure stabilite, perseguendo l'obiettivo di dare attuazione alle politiche dell'Unione europea in varie aree tematiche. Di seguito vengono riportati ed analizzati i principali Programmi di finanziamento dedicati, in diversa misura, al tema salute.

NextGenerationEU

Le sovvenzioni del NextGenerationEU sono il fulcro dell'azione di sostegno delle riforme e degli investimenti effettuati dagli Stati membri e previsti dal PNRR. L'obiettivo generale è quello di attenuare l'impatto economico e sociale della pandemia di coronavirus e rendere le economie e le società dei paesi europei più sostenibili, resilienti e preparate alle sfide e alle opportunità della transizione ecologica e di quella digitale. Gli Stati membri hanno preparato e messo in attuazione i loro piani di ripresa e resilienza, che danno diritto a ricevere fondi nell'ambito dello strumento per superare la crisi determinata dalla pandemia. All'interno dello specifico piano italiano, costituito da un pacchetto coerente di riforme e progetti di investimento pubblico, sintetizzato in 6 Missioni che a loro volta raggruppano 16 componenti in cui si concentrano 48 linee di intervento, è prevista una "Missione" definita "Salute".

La Missione 6 vede stanziati 20,7 miliardi di euro (19,7 dei quali sono risorse del Next Generation Eu), destinati a rafforzare il sistema sanitario nazionale attraverso due direttrici: lo sviluppo di una rete territoriale sempre più vicina alle persone e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Sistema di Sanità Nazionale.

La prima componente, Assistenza di prossimità e telemedicina, con un importo di 7,9 miliardi di risorse, mira a rafforzare e riorientare il Sistema Sanitario verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria, a superare la frammentazione tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità dei Livelli Essenziali di Assistenza e a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale in un'ottica di sempre maggiore integrazione tra servizi ospedalieri, sanitari locali e sociali. Inoltre, si pone l'obiettivo di sviluppare un modello di sanità che protegga la salute dei cittadini interagendo con ambiti come la sicurezza dell'ambiente, anche per mitigare l'impatto dei fattori inquinanti.

La seconda componente, Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, dal valore di 11,82 miliardi di Euro complessivi, si pone gli obiettivi della diffusione di strumenti e attività di telemedicina, del rafforzamento degli strumenti informativi e digitali del sistema sanitario, a partire dalla diffusione della cartella clinica elettronica, e destina investimenti rilevanti all'ammodernamento delle apparecchiature e alla realizzazione di ospedali sicuri, sostenibili e all'avanguardia.

Il Programma EU4Health per un'Europa più sana

La pandemia da covid-19 che ha coinvolto anche l'Europa a partire da febbraio 2020 ha mostrato la fragilità dei sistemi sanitari nazionali degli Stati europei, mettendo in risalto come anche il nostro continente non fosse pronto a reggere l'urto di un evento così impattante.

L'UE ha da allora pensato di organizzarsi affinché quanto successo con la pandemia da covid-19 non riaccada mai più. Su questi presupposti è nato il programma europeo per la salute, l'EU4Health, entrato ufficialmente in vigore il 26 marzo 2021.

Con un budget di 5,1 miliardi di euro, “UE per la salute” (EU4Health) è il più grande programma sanitario mai varato dall’Unione, con l’obiettivo di aumentare la resilienza dei sistemi sanitari, promuovendo l’innovazione nel settore.

Il programma prevede tre obiettivi generali. Il *primo* è quello di proteggere i cittadini europei da gravi minacce sanitarie transfrontaliere e migliorare la capacità di gestione delle crisi attraverso la creazione di:

- riserve di forniture mediche per le crisi;
- riserva di personale sanitario ed esperti da mobilitare in caso si verifichi la necessità di rispondere alle crisi sanitarie;
- condizioni per una maggiore sorveglianza delle minacce per la salute pubblica.

Il *secondo* obiettivo mira a rendere disponibili e accessibili prodotti come i medicinali, i dispositivi medici e altri strumenti rilevanti per le crisi sanitarie, ma anche sostenere l’uso prudente ed efficiente degli antimicrobici, nonché promuovere l’innovazione medica e farmaceutica e una produzione più verde. Infine, il *terzo* obiettivo generale prevede di rafforzare i sistemi sanitari in modo che siano in grado di affrontare epidemie e sfide a lungo termine stimolando: la prevenzione delle malattie e la promozione della salute in una popolazione che invecchia; la trasformazione digitale dei sistemi sanitari; l’accesso all’assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili. Il programma sosterrà anche azioni legate alla sanità elettronica e alla creazione di uno Spazio europeo per gli “health data”.

Grazie ad EU4Health, inoltre, sarà sostenuta la promozione dell’accesso a un’assistenza sanitaria di qualità, compreso l’accesso all’assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, il miglioramento della salute mentale e l’accelerazione della lotta contro il cancro.

Il Programma Horizon Europe

Il Programma Quadro dell’Unione Europea (UE) per la ricerca e l’innovazione per il periodo 2021-2027 mira a generare un impatto scientifico, economico e sociale al fine di rafforzare le basi scientifiche e tecnologiche e promuovere la competitività dell’UE.

Nello specifico Horizon Europe, erede di Horizon 2020, finanzia la ricerca di base, le infrastrutture della ricerca, gli interventi sulla società, sullo spazio, sulla salute e tutta una serie di tematiche strategiche per l'Unione europea. Le principali novità rispetto al Programma che lo ha preceduto riguardano l'istituzione del Consiglio Europeo per l'Innovazione, l'individuazione di specifiche "missioni", la revisione dei Partenariati europei, il potenziamento della cooperazione internazionale tramite una maggior apertura per i partecipanti ed il rafforzamento del concetto di Scienza Aperta (attraverso una migliore diffusione dei risultati di ricerca ed innovazione). Infine, da segnalare la riduzione degli oneri amministrativi mediante una semplificazione delle regole.

Ogni Missione comprende un portfolio di azioni (progetti di ricerca, misure a livello di politiche, iniziative legislative) pensate per raggiungere un risultato misurabile diversamente non raggiungibile mediante azioni individuali.

Il budget previsto per il programma è pari a circa 95,5 miliardi di € (a prezzi correnti), inclusi 5,4 miliardi di € destinati al piano per la ripresa Next Generation EU. Rispetto a Horizon 2020 il nuovo programma ha ricevuto un aumento finanziario del +24%.

Il programma di ricerca e innovazione europeo è strutturato in tre pilastri:

1. Eccellenza scientifica, che comprende il Consiglio europeo della ricerca (ricerca di frontiera con approccio bottom-up), le azioni Marie Skłodowska-Curie (mobilità e formazione intersettoriale per ricercatori e le infrastrutture di ricerca (collaborazione più stretta tra infrastrutture per estendere le frontiere della conoscenza);
2. Sfide globali e competitività industriale europea, che comprende cinque poli tematici (Salute, Società inclusiva e sicura, Digitale e industria, Clima, energia e mobilità, Prodotti alimentari e risorse naturali) e le azioni dirette non nucleari del Centro comune di ricerca (JRC). Il Cluster 1 dedicato alla Salute mira a contribuire principalmente a quattro aree di impatto: buona salute e assistenza sanitaria accessibile di alta qualità; un'Unione europea resiliente preparata contro le minacce emergenti; servizi digitali di alta qualità per tutti; ed economia dei dati competitiva e sicura;

3. Europa dell'innovazione, che comprende il Consiglio europeo per l'innovazione (EIC) a sostegno di idee con potenziale pionieristico e creatrici di mercato; gli ecosistemi europei dell'innovazione per la creazione di un ambiente favorevole per la diffusione e lo sviluppo dell'innovazione a tutti i livelli; e l'Istituto europeo di innovazione e tecnologia (EIT).

Tra le principali novità previste da Orizzonte Europa vi è anche la creazione delle Missioni, la revisione dei Partenariati europei, il potenziamento della Cooperazione internazionale e il rafforzamento della politica della Open Science.

Active and Assisted Living – AAL

L'AAL è un Programma di ricerca europeo le cui tematiche di ricerca sono le "Tecnologie innovative di assistenza agli anziani in ambiente domestico". I settori coinvolti sono le telecomunicazioni, l'informatica, le nanotecnologie, i microsistemi, la robotica, i nuovi materiali.

La finalità del programma è lo sviluppo e l'utilizzo di nuove tecnologie per permettere ad anziani e disabili di vivere comodamente in casa, migliorando la loro autonomia, facilitando le attività quotidiane, garantendo buone condizioni di sicurezza, monitorando e curando le persone malate.

Nell'ambito dell'invecchiamento demografico attivo, un maggiore ricorso alle nuove tecnologie contribuisce al raggiungimento di quattro importanti obiettivi:

- accelerare l'avvento e l'adozione di soluzioni innovative basate sulle TIC, pertinenti, integrate e a costi accessibili, per l'invecchiamento attivo e in buona salute, a casa, nella comunità o sul lavoro, migliorando così la qualità della vita, l'autonomia, l'inclusione sociale, la partecipazione alla vita sociale, le competenze e l'occupabilità degli adulti più anziani e contribuendo ad aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza sanitaria e sociale;
- sostenere lo sviluppo di soluzioni che contribuiscano a rendere indipendenti gli adulti più anziani e ad alleviare il loro senso di isolamento sociale, in modo tale che la componente TIC non riduca

i contatti umani, ma sia complementare ad essi. Le soluzioni basate sulle TIC finanziate nell'ambito del programma AAL dovrebbero integrare in sede di progettazione gli aspetti che esulano dalle TIC;

- mantenere e sviluppare ulteriormente una massa critica per la ricerca applicata, lo sviluppo e l'innovazione a livello dell'Unione nel campo dei prodotti e servizi basati sulle TIC per un invecchiamento attivo e sano;
- sviluppare soluzioni con un buon rapporto costi-benefici, accessibili e, se del caso, efficienti sotto il profilo energetico.

Nel complesso il programma AAL si concentra sulla ricerca applicata e l'innovazione orientate al mercato e integra le relative attività a lungo termine di ricerca e innovazione su ampia scala previste nell'ambito di Horizon 2020, nonché altre iniziative europee e nazionali quali le iniziative di programmazione congiunta e le attività intraprese nell'ambito dell'Istituto europeo di innovazione e tecnologia e delle relative comunità della conoscenza e dell'innovazione.

Il Programma Erasmus+

L'obiettivo di Erasmus+ è quello di sostenere lo sviluppo educativo, professionale e personale delle persone nell'istruzione, formazione, gioventù e sport, contribuire alla crescita sostenibile, posti di lavoro di qualità e coesione sociale, promuovere l'innovazione e rafforzare l'identità europea e la cittadinanza attiva. Con un budget dedicato di oltre 26 miliardi di euro, nel periodo 2021-2027 Erasmus+ continuerà a sfruttare la sua vasta e positiva esperienza concentrandosi su tre priorità orizzontali: inclusione e diversità, trasformazione digitale, sostenibilità ambientale in linea con gli obiettivi europei stabiliti nel Green Deal. Esso sarà fondamentale per realizzare lo Spazio europeo dell'istruzione entro il 2025 e per favorire una rapida ripresa dalla crisi attuale.

Programma Europa Digitale

Il programma Digital Europe è il primo Programma dell'UE che mira ad accelerare la ripresa e guidare la trasformazione digitale dell'Europa. Con un

budget dedicato di 7,6 miliardi di euro, nel periodo 2021-2027 Digital Europe fornirà finanziamenti per progetti in cinque aree cruciali: supercalcolo, AI, sicurezza informatica, competenze digitali avanzate e garanzia di un ampio uso delle tecnologie digitali nell'economia e nella società. Il Programma è messo a punto per colmare il divario tra la ricerca sulle tecnologie digitali e la loro diffusione e per portare i risultati della ricerca sul mercato, a vantaggio dei cittadini e delle imprese europee, in particolare delle PMI. Gli investimenti nell'ambito del programma Europa digitale sostengono i doppi obiettivi dell'Unione di transizione verde e trasformazione digitale e rafforzano la resilienza e l'autonomia strategica dell'Unione.

Programma Fondo Sociale Plus

Il Fondo sociale europeo Plus (FSE+) è il principale strumento dell'UE per investire nelle persone. Mira a costruire un'Europa più sociale e inclusiva e a contribuire all'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali. Con una dotazione di 99,3 miliardi di € (a prezzi correnti) per il 2021-2027, gli Stati membri possono usare i fondi per creare e tutelare posti di lavoro, promuovere l'inclusione sociale, lottare contro la povertà e la mancanza di fissa dimora e dotare i lavoratori delle competenze richieste dalle transizioni digitale ed ecologica. Il Fondo aiuterà gli Stati membri ad affrontare la crisi causata dalla pandemia di coronavirus così come a conseguire elevati livelli di occupazione, una protezione sociale equa e una forza lavoro qualificata e resiliente, pronta per la transizione verso un'economia verde e digitale.

Il Programma LIFE

Il programma LIFE, lanciato nel 1992, è l'unico fondo dell'Unione interamente dedicato agli obiettivi ambientali e climatici. Ad oggi ha contribuito anche alla prevenzione di molte malattie derivate dall'inquinamento. Il nuovo programma per il 2021-2027 è volto a:

1. contribuire al passaggio verso un'economia pulita, circolare, efficiente dal punto di vista energetico, a basse emissioni di carbonio e resiliente ai cambiamenti climatici, anche attraverso la transizione verso l'energia pulita;

2. proteggere e migliorare la qualità dell'ambiente;
3. arrestare e invertire il processo di perdita di biodiversità, verso uno sviluppo sostenibile.

A seguito dell'accordo politico con i negoziatori del Parlamento il Programma è stato dotato di un finanziamento pari a circa 5,4 miliardi di euro a prezzi correnti.

Conclusioni

La pandemia di covid-19 ha posto la salute, insieme alla transizione gemella, in cima all'agenda europea. Da ciò appare del tutto evidente che le politiche dell'Unione europea richiamano come essenziale un approccio internazionale alla salute pubblica. L'Unione europea aiuta gli Stati membri a migliorare e proteggere la salute pubblica, nonché a collaborare per affrontare problemi e minacce comuni. Reagendo alla pandemia e alla crisi, l'Unione ha adottato diverse nuove iniziative e ha messo a disposizione finanziamenti per limitare la diffusione del virus e facilitare una ripresa rapida e sostenibile dalla crisi.

La base giuridica dell'Unione europea per la "Salute e la ripartizione delle competenze e delle responsabilità in materia di salute pubblica tra l'UE e i suoi Stati membri" è rappresentata dal Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea (TFUE). In questo ambito giuridico disegnato dal TFUE l'Unione ha un ruolo importante da svolgere nel miglioramento della salute pubblica, nella prevenzione e nella gestione delle malattie, nell'attenuazione delle fonti di pericolo per la salute umana e nell'armonizzazione delle strategie sanitarie tra gli Stati membri.

Nello specifico il Trattato attribuisce alla politica sanitaria europea tre obiettivi strategici:

1. Promuovere una buona salute.
2. Proteggere i cittadini dalle minacce alla salute
3. Supportare i sistemi sanitari dinamici

L'azione dell'Unione nel campo della salute integra le politiche e le iniziative nazionali per garantire la protezione della salute in tutte le politiche europee. Tuttavia, come sancito dal Trattato di Lisbona, gli Stati membri hanno

la responsabilità primaria di organizzare i sistemi sanitari nazionali e di fornire assistenza sanitaria.

L'Unione ha attuato con successo una politica sanitaria globale attraverso la strategia "Salute per la crescita" e il suo programma d'azione (2014-2020), continuando su queste basi la programmazione 2021-2027 e finanziando il Programma EU4Health.

Uno strumento importante che funge da bussola per orientare le politiche di inclusione sociale dell'Unione è il pilastro europeo dei diritti sociali. Il pilastro contiene 20 Principi e diritti organizzati in tre capitoli: pari opportunità e accesso al mercato del lavoro; condizioni di lavoro eque; protezione sociale e inclusione⁸³.

Nel 2020 la Commissione Europea ha emesso un Comunicazione su "Un'Europa sociale forte per transizioni giuste, delineando in questo modo gli elementi costitutivi per realizzare solide basi per i diritti sociali nell'UE. La comunicazione illustra in che modo la politica sociale contribuirà a far fronte alle sfide e alle opportunità odierne, proponendo un'azione a livello europeo per i prossimi mesi⁸⁴.

In conclusione, possiamo dunque affermare che le politiche dell'Unione promuovono azioni integrate, coordinate e lungimiranti sulla salute finalizzate a garantire una protezione sociale adeguata e a prova di futuro per una salute e un benessere migliori all'interno di un'economia basata su una visione di società forte e resiliente.

83 Il pilastro dei diritti sociali riguarda una migliore attuazione dei diritti dei cittadini basandosi su 20 principi fondamentali. Il sedicesimo Principio del Pilastro si riferisce alla salute: "Ogni individuo ha diritto a un accesso tempestivo a un'assistenza sanitaria economica, preventiva e curativa di buona qualità".

84 Gli approfondimenti si rimandano alla Comunicazione COM(2020) 14 final del 14.1.2020.

COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE NELLE POLITICHE LOCALI

Augusta Nicoli

Integrazione e confini

Sicuramente collaborazione interprofessionale è una delle parole “virus” che maggiormente viene pronunciata e costituisce obiettivo prioritario in diversi contesti: nelle politiche pubbliche, nelle organizzazioni, nei servizi del settore pubblico come nelle imprese private di matrice aziendale.

È un mantra che ormai segna inequivocabilmente la necessità di non poter fare a meno di uno spirito collaborativo per produrre più ricchezza, per produrre servizi qualitativamente migliori alle persone, per affrontare in definitiva questioni che solo in partenariato riusciamo a fronteggiare.

Ne consegue che nei documenti ufficiali si richiama l'attenzione a politiche pubbliche intersettoriali, a dispositivi che facilitano la collaborazione tra i diversi ruoli e professioni e all'immancabile formazione come strumento risolutore.

A volte è talmente ridondante ed incessante il richiamo all'integrazione che si finisce per aver bisogno di spegnere il volume, se solo si potesse risolvere in questo modo il “rumore” che genera. Perché si ha l'impressione che nonostante siamo tutti convinti che sia la strada da percorrere, non riusciamo ad essere soddisfatti dei risultati ottenuti? Condivido qui di seguito alcune riflessioni che contribuiscono a sostenere una ipotesi esplicativa. I contesti di lavoro a cui ci riferiamo sono nutriti da culture implicite e prassi situate incardinate nelle separazioni e nelle frammentazioni.

Il dato empirico è ricavato dall'utilizzo di un esercizio che mi impongo di fare ogni volta che sono esposta a presentazioni in power point sul tema che stiamo trattando. Questo mezzo narrativo è particolarmente interessante perché unisce diverse forme espressive e quella assegnata alla narrazione visiva è generalmente più eloquente dell'impianto culturale implicito che l'autore propone. Quindi attenzione ai segni grafici utilizzati.

Parafrasando i due concetti di Ronald Barthes di “studium” e “punctum” esposti nella sua opera “*La camera chiara*” (Barthes, 2003) il primo concetto è assolto dal contenuto che si espone verbalmente e il secondo dall’immagine della slide.

Utilizzando in modo esemplificativo una presentazione preparata per un seminario dove si doveva sostenere e motivare l’importanza della integrazione interprofessionale, mi sono resa conto che i concetti che esponevo andavano in quella direzione, ma qualcosa, “il punctum”, dell’immagine proposta strideva con il contenuto verbale.



Il “punctum”, per utilizzare il concetto espresso da Ronald Barthes, ovvero la scelta grafica-il segno- catalizzava l’attenzione su altre premesse creando un senso di disagio.

Così nell’immagine è evidente che per spiegare il concetto di integrazione, si riportano diverse categorie di analisi inserite ciascuna in un riquadro. Così quando mi riferisco all’integrazione a livello delle politiche declinerò, l’integrazione istituzionale, organizzativa, professionale e pratica. Caselle categoriali che vengono ripetute per il livello del management e per quello della cura. Vengono ricreate delle suddivisioni che finiscono per negare il processo di fluidità che si vuole perseguire. Certo serve per concettualizzare dei passaggi, per sistematizzare le questioni che attengono

alla integrazione ma di fatto l'immagine struttura una visione culturale che è contraddittoria a ciò che si intende affermare.

Seguendo questo esempio credo che ognuno di noi si è trovato di fronte a queste contrapposizioni espressive che poi incidono nel costruire un immaginario collettivo frammentato, categoriale che di integrato ha molto poco.

Prendiamo in considerazione un'altra fonte di reificazione quale la pratica quotidiana dentro alle organizzazioni e le culture che le sostengono⁸⁵. Queste costituiscono le barriere contro cui si infrange il principio della integrazione. I riti organizzativi e le routine locali sono sicuramente tra i meccanismi di perpetuazione e stabilizzazione delle divisioni, dei confini tra professionisti, settori ecc.

Banalmente possiamo ricordare la sosta mattutina dentro i reparti dove generalmente il caffè è preparato da una infermiera per i propri colleghi e per i medici, o la visita giornaliera dei pazienti nelle stanze di degenza che chiaramente mette in scena l'egemonia culturale basata sulle gerarchie e sulle divisioni dei ruoli professionali oltre quelli di genere e di "età".

Secondo alcuni autori si possono introdurre dei dispositivi che interrompono questo processo di co-costruzione e rafforzamento di una cultura di divisione. Tra questi sicuramente è rilevante il lavoro svolto da Arnkil e collaboratori (2013), che all'interno del Finnish Institute for Health and Welfare (THL) di Helsinki, hanno avviato una traslazione dell'esperienza e della teoria sistemica elaborata da Seikkula nell'ambito della terapia familiare. Arnkil utilizza il concetto di "confine" e afferma che la burocrazia si fonda sulla separazione in settori, la vita di ogni giorno non lo è.

⁸⁵ Si rimanda agli Autori che in questi anni hanno condotto diversi studi organizzativi dei contesti sanitari quali Bruni e Lusardi:

Bruni A. (2007) L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze, Carocci, Roma

Lusardi R. (2012) Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in terapia intensiva, Franco Angeli, Milano

Lusardi R., Nicoli M.A., (2017) Le culture professionali dell'integrazione sociosanitaria, in C. Coletta, F. Miele, E.M. Piras (a cura di), Mettere la cura in pratica. Professioni e scene della cura fuori dagli ospedali, Ledizioni, Milano, pp. 123-143.

Bureaucracies are sectored, everyday life is not

It is necessary to cross boundaries

- ✓ towards citizens/clients and their personal networks
- ✓ between generations
- ✓ between sectors, units and professions
- ✓ across hierarchical levels of management
- ✓ between public, private and 3rd sector producers

Coexisting boundaries calls for dialogues

- ✓ reaching out to others instead of dictating
- ✓ listening and being heard
- ✓ thinking together instead of owning the truth

Boundaries need to be made **interfaces**

Deep vertical specialization, weak horizontal integration

The more boundaries there are, the more boundaries there are to be crossed

Comprehensive everyday life in its network relations

14.2.2014 Tom Erik Erickson, research professor, TNO

Aniché integrazione utilizziamo il concetto di «confine»

Arnkil T. Seikkula J. (2013) Metodi dialogici nel lavoro di rete Erickson Trento
Vedi anche video di seminario «Il mestiere degli altri» con intervento di Tom Arnkil
http://assr.regione.emiliaromagna.it/it/sim/temi/Coltiviamo_talenti/facilitazione/il_mestiere-degli-altri

Quindi quando invochiamo l'integrazione dovremmo tenere presente che sono tanti i confini che dovremmo superare: di appartenenza professionale, di genere, ecc. L'autore sottolinea che la strategia di comprensione dell'altro non si ottiene "mettendoci nei panni dell'altro" ma si tratta di superare il "confine" identitario che in quel momento rappresenta la divisione per incontrarci in uno "spazio di condivisione" che ci permette il dialogo.

L'approccio dialogico che è stato messo a punto costituisce secondo gli autori, il dispositivo che di per sé attiva l'incontro seguendo alcune indicazioni metodologiche messe a punto dagli autori. Attraverso l'approccio dialogico si può esercitare quella comprensione dell'altro e del suo punto di vista che permette il cambiamento (Morin, 2000).

Anche il contesto gioca un ruolo rilevante nel favorire od ostacolare il superamento dei confini.

Rispetto a questo punto sappiamo che le organizzazioni hanno una tendenza alla istituzionalizzazione e per le organizzazioni che producono servizi alle persone quali quelle di cura e di assistenza, è noto che si producano pratiche cristallizzate come espressione di culture organizzative situate e guidate dalle routine: "qui si è sempre fatto così".

Cosa questo genera è altrettanto noto e per intervenire si possono adottare alcune strategie che immettano nel sistema delle attività di

riflessività organizzativa come momenti in cui gli attori organizzativi possano dislocarsi dalla quotidianità.

La formazione permanente⁸⁶ è un esempio di queste strategie. Per formazione permanente intendiamo momenti di apprendimento continuo considerando le pratiche agite nel contesto in cui queste si attuano. Si attuano realizzando incontri periodici e sistematici utilizzando strumenti di riflessività come ad esempio il flussogramma. Il flussogramma analizzatore è un'espressione grafica del processo di lavoro, costruito avendo come riferimento principale l'utente e il percorso che egli compie per soddisfare le sue esigenze. Può essere ottenuto attraverso un incontro con l'équipe sanitaria che è coinvolta in quel processo, in cui devono raccontare il loro lavoro quotidiano. La memoria degli operatori e le loro narrazioni sono le fonti principali per la costruzione del flussogramma.

Ovviamente per poter realizzare la formazione permanente è necessario che l'organizzazione formalizzi la possibilità di attuare questi incontri periodici e riconosca le ore dedicate. Ma questo ancora oggi non è riconosciuto e si preferiscono corsi di formazioni.

Integrazione e "reti vive"

C'è un altro modo attraverso cui considerare l'integrazione in pratica che è quello dell'approccio di rete. In una ricerca condotta sui Consulitori familiari finalizzata a tracciare l'evoluzione possibile dei Consulitori, in questa fase definita bloccata e sicuramente lontana dagli indirizzi innovativi da cui sono stati istituiti, prendiamo alcuni spunti.⁸⁷

Viene rilevato che uno dei meccanismi generatori dei consulitori familiari è rappresentato dalla forte alleanza tra operatori/trici e movimenti

⁸⁶ Si rimanda ad un autore che ha sviluppato questo approccio e ha contribuito a permeare le politiche di salute in Brasile, Ricardo Burg Ceccim. Si vedano i riferimenti bibliografici. Importante anche approfondire le metodologie e un cenno si possono trovare nel volume "Prassi in salute globale Azioni condivise tra Brasile e Italia" o il video di Tulio Franco sul flussogramma: <https://www.youtube.com/watch?v=SGnEbjU-4X-s>

Ceccim R.B., (2005) Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário Interface-comunicação, saúde, educação 9, 161-168

Ceccim R.B., (2005) Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde, Ciência & saúde coletiva 10, 975-986

Ceccim R.B., Feuerwerker L. (2004) O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social Physis: revista de saúde coletiva 14, 41-65

⁸⁷ Al seguente indirizzo si accede alla presentazione dei risultati <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1248>

In bibliografia si riporta il riferimento al report di ricerca

delle donne, nel movimento bidirezionale “da fuori a dentro” e “da dentro a fuori” e nel cambio di postura di operatori/trici e utenti – riconducibile al concetto di “rede viva e rizomatica”.

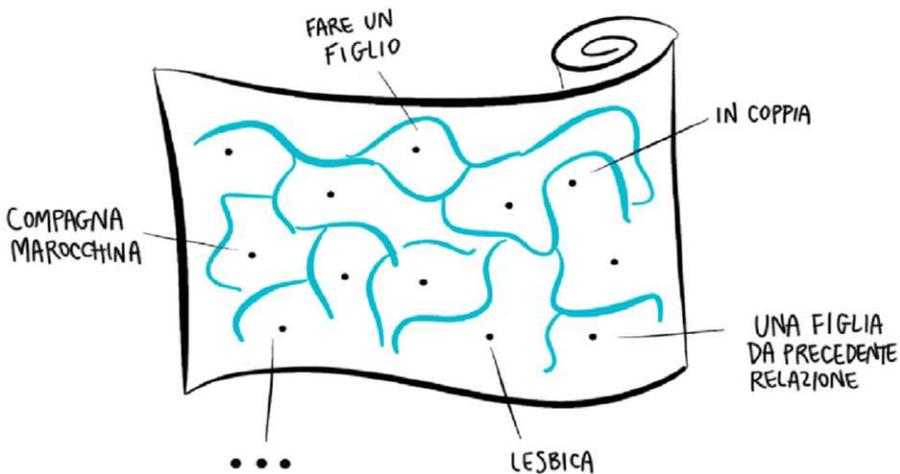
Da questa ricerca (come da molti altri lavori fatti in questi anni nell’ambito del sistema dei servizi regionali da parte dell’Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale dell’Emilia-Romagna/Area Innovazione Sociale) (Rodeschini, Nicoli, & Palestini, 2018) emerge una perenne sensazione (e frustrazione) degli/le operatori/trici di non mettere mai veramente in pratica quel lavoro di rete di cui si parla sempre e da molto tempo. La tentazione a volte condivisa da operatori/trici è quella di smettere di utilizzare questo concetto perché in molti casi percepito come svuotato di senso. Ma il lavoro di rete esiste indipendentemente dal fatto che gli/le operatori/trici coinvolti/e lo vogliano o no, o per meglio dire indipendentemente dal fatto che loro (e l’utenza) se ne rendano conto o meno. Anche quando si percepisce di non lavorare in rete, infatti, è constatato che una rete esiste sempre: i processi di lavoro in salute sono sempre fatti in rete (Franco, 2013). Questa può essere anche solo informale, destrutturata, ma esiste sempre. Qualsiasi operatore/trice agisce continuamente tramite reti. Esiste una rete formale, funzionante in base a protocolli negoziati e regolati, ma anche una che non può essere regolata, ma che è costruita dai/le professionisti/e nel e per il loro lavoro, che si costituisce a partire dal loro operato come mediatori di relazioni inter-personali e inter-professionali (Franco et al., 2016). Questa rete “può includere addirittura risorse non previste dal sistema e non ha un ordine pre-costituito, ma si compone in funzione dei problemi che di volta in volta devono essere risolti. Ha, quindi, una conformazione differente, individualizzata, che si produce nell’atto quotidiano” (Ibidem, pp. 106- 107). Queste reti sono molto significative perché costituite allo scopo di risolvere, nel quotidiano e in situazione, problemi e ostacoli reali (Ibidem).

Anche quando si dice che non si lavora in rete, quindi, si lavora in rete per forza di cose, comunque un lavoro di rete c’è, inevitabilmente. Il problema non sembra quindi essere quello della mancanza di reti, ma piuttosto il fatto che le reti rischiano di diventare degli artifici, delle “gabbie”, dove non c’è quella plasticità che servirebbe invece per affrontare le situazioni complesse di oggi.

Emerge dai dati delle nostre ricerche come molto spesso il lavoro di rete assuma un movimento a “ping pong” che porta a far rimbalzare di qua e di là le questioni da affrontare per poi tornare spesso al punto di partenza.

Assumere una visione rizomatica, anche grazie all'utilizzo delle mappe esistenziali (e di altre mappe entro la cornice della cosiddetta “cartografia”) come strumenti di lavoro, permette di andare oltre la valutazione tradizionale (che osserva e monitora solo le reti formali), per fare emergere la rete di relazioni che possiamo definire, appunto, “rizomatica”, perché costituita e operante in maniera processuale (WHO, 1987).

Qui di seguito si riporta una possibile mappa esistenziale presente nel report sui Consulenti Familiari. Come si può apprezzare è evidente che possiamo avere diversi elementi che entrano in gioco nel posizionamento soggettivo delle donne e il loro percorso di maternità.



Muoversi nelle mappe esistenziali significa “rendere viva” una rete.

Il concetto di “rete viva”, come proposto da Merhy e colleghi (2014), si basa sul riconoscimento del fatto che le reti si generano a partire dalle situazioni che operatori/trici (e utenti) devono affrontare nel quotidiano (molto spesso informalmente). Come spiegato bene da Franco e colleghi (Franco, 2016, p. 108):

Frequentemente, quando gli operatori non identificano le risorse necessarie alla risoluzione dei loro problemi all'interno dei protocolli o

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

Il concetto di “rede viva” vuole sottolineare il fatto che si dovrebbe tendere ad una concezione di rete che sia sempre pronta a muoversi sulla base delle diverse esistenze, delle diverse mappe esistenziali delle persone, che non sono mai uguali l'una con l'altra e che cambiano nel tempo. Lavorare nell'ottica di una rete viva e rizomatica significa andare ad attivare un singolo nodo che è, in quel preciso momento, rilevante per una mappa esistenziale e che probabilmente non lo è per un'altra; **sapersi spostare** nel momento in cui si incontra un ostacolo, quindi ricreare percorsi, avere dei binari di riferimento, ma allo stesso tempo inventarsi nuovi cammini a seconda dei progetti di vita che si incontrano.

Non è solo una questione terminologica, possiamo trovare come si diceva diverse indicazioni e strategie per agire l'incontro con l'altro. Il punto è che l'integrazione finisce per essere una questione unicamente tecnica.

Così c'è un continuum tra contesti anche molto diversi tra loro, che ricercano le modalità più efficaci per garantire l'integrazione. Il tecnicismo garantisce una uniformità apparente che si dissolve quando si considerano le visioni politiche delle diverse organizzazioni.

Questo è ben evidente nei consultori familiari offuscati da un approccio di tipo prestazionale, che porta ad una standardizzazione e “cuppizzazione” del servizio e ad uno “snaturamento” della cultura consultoriale delle origini. Se da un lato questo processo risponde ad esigenze organizzative di modernizzazione dei servizi, dall'altro lato viene presentato come uno “sgancio” tra la salute e la politica, una dissociazione tra il pensiero tecnico e quello politico e, ancor più, quello manageriale, con una conseguente perdita del “senso” entro cui i Consultori familiari si sono sviluppati.

Riferimenti bibliografici

Arnkil, T., & Seikkula, J. (2013). *Metodi dialogici nel lavoro di rete. Per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*, Erickson, Trento.

Barthes, R. (2003). *La Camera chiara*, Einaudi, Torino.

Bruni, A. (2007). *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Carocci, Roma.

Ceccim, R. B. (2005). *Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário Interface-comunicação, saúde, educação*, 9, 161-168.

Ceccim, R. B. (2005). *Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde*, *Ciência & saúde coletiva*, 10, 975-986.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004). *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social Physis: revista de saúde coletiva*, 14, 41-65.

Franco, T. B. (2013). "As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde". In: Franco, T. B., & Merhy, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde Textos Reunidos*, Hucitec, São Paulo.

Franco, T. B. et al. (2016). *Cartografia del processo di lavoro nell'assistenza primaria in salute in Regione Emilia-Romagna*. In: Franco, T. B.; Ceccim, R. B. (a cura di), p. 101-126.

Franco, T. B. (2016). *La cassetta degli attrezzi per il lavoro creativo nella gestione dei processi assistenziali*. In: Franco, T. B., & Ceccim, R. B. (a cura di), p. 127-146.

Franco, T. B., & Ceccim, R. B. (2016) (a cura di) *Prassi in salute globale Azioni condivise tra Brasile e Italia*, Rede Unida Editore, Porto Alegre.

Lusardi R. (2012) *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in terapia intensiva*, Franco Angeli, Milano

Lusardi R., Nicoli M.A., (2017) *Le culture professionali dell'integrazione sociosanitaria*, in C. Coletta, F. Miele, E.M. Piras (a cura di), *Mettere la cura in pratica. Professioni e scene della cura fuori dagli ospedali*, Ledizioni, Milano, p. 123-143.

Morin, E. (2000). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Raffaello Cortina, Milano, p. 5-6

Rodeschini, G., Nicoli, M. A., & Palestini, L. (2018) *I consultori familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future? Report di Ricerca/Agenzia Sanitaria e Sociale regionale della Regione Emilia Romagna*

Sturlese, V., Bisagni, M., & Nicoli, M. A. (a cura di) (2017). *Benvenuti al mondo! Ascolto e narrazione dei "Percorsi Nascita"*, Format Edizioni, Bologna.

WHO - World Health Organization (1987). *Learning together to work together Federr for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach [meeting held in Geneva from 12 to 16 October]*. Geneva.

INTERPROFESSIONALITA' E POLITICHE DI GESTIONE DELLA FORMAZIONE E DEL LAVORO NELLA SANITA': UNO SGUARDO DALLE POLITICHE INTERNAZIONALI, IL CASO BRASILIANO

Ricardo Burg Ceccim

Introduzione

La nozione di “interprofessionalità” non sostituisce la nozione di “multiprofessionalità”, e neanche quella di “interdisciplinarietà”. Se usata come sinonimo dell’uno o dell’altro termine, si perde la novità epistemologica. La multiprofessionalità si riferisce all’incontro di più categorie professionali all’interno di un servizio o nella composizione di un progetto terapeutico, come quando abbiamo bisogno di qualcuno che diagnostichi una malattia, qualcuno che mette a disposizione i farmaci prescritti e sa come somministrarli, qualcuno che sappia gestire le procedure riabilitative dei movimenti fisici, qualcuno che aiuti la persona in cura ad accettare le imposizioni della propria terapia e, ancora, qualcuno che organizzi le condizioni dell’ambiente di cura affinché sia un’ambiente sicuro e favorisca il conforto del paziente/utente. Se sono necessarie più tipologie di professioni diverse è perché una sola professione non può disporre di conoscenze sufficienti per sopperire a tutte le necessità di una cura integrale.

In una società colta, sviluppata e dotata di risorse tecnologiche, ogni professione molto richiesta cerca di approfondire la propria conoscenza con l’obiettivo di fornire un servizio sempre più efficace e soddisfacente, il che rende ogni professione sempre più scientifica e sempre più qualificata attraverso processi formativi. Tuttavia, ciò che ogni professionista ha bisogno di sapere non si limita alle conoscenze specifiche delimitate dai contorni della professione. La capacità di comprendere un bisogno di salute non può limitarsi al sapere di un’unica area della conoscenza. Ogni principio scientifico

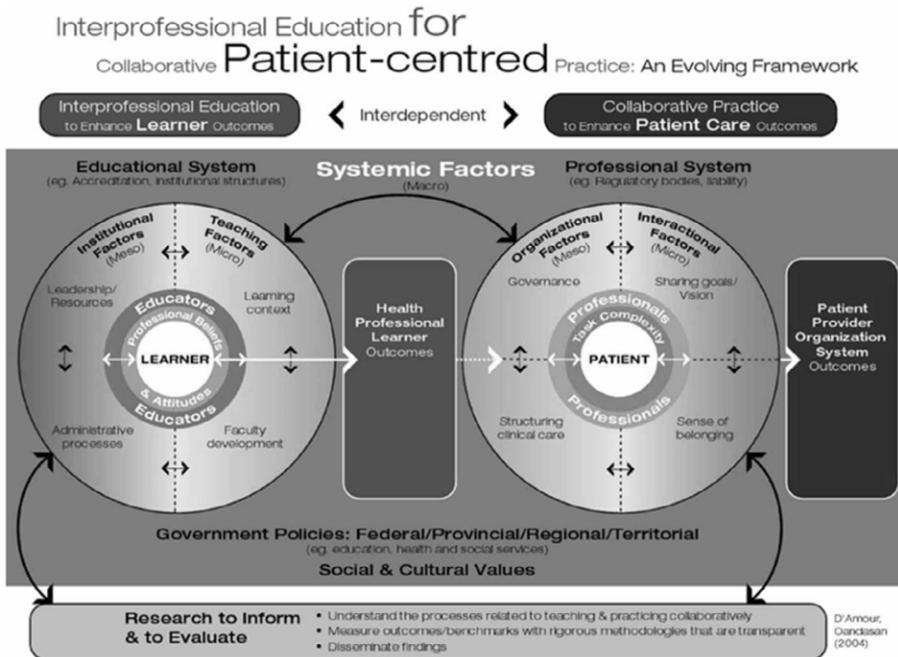
è circoscritto ad un campo, ma allo stesso tempo comprende anche altre aree nella vastità dell'informazione, ciò accade quando lo sforzo di *disciplinarizzare* una professione rimuove il contatto con l'ampiezza. La disciplinarizzazione significa imporre filtri sul vedere, sull'udire, sul sentire e sul volere. Se la conoscenza è maggiore rispetto a ciò che possiamo interpretare con la nostra professione, trattenerla in forma disciplinare (*disciplinarizzata*) nella scienza significherebbe negare la capacità della conoscenza intellettuale di problematizzare e snaturare la realtà, ed è quindi necessario accettare l'interdisciplinarità, incrociando conoscenze provenienti da ambiti distinti per saperne sempre di più e capire la complessità dei dati in questione. Boaventura de Souza Santos aggiunge qualcosa di nuovo alla nozione di interdisciplinarità formulando il concetto di "ecologia dei saperi", poiché oltre a superare la frammentazione della scienza, propone una coesistenza attiva tra sapere scientifico e sapere popolare (Santos, 2007, Carneiro, Krefta & Folgado, 2014).

Accade, quindi, che un territorio multiprofessionale, ma anche intellettualizzato dall'interdisciplinarità, comincia a tessere forme e sfide nel "collaborare tra professionisti", a volte sul piano della conoscenza ed altre volte sul piano delle azioni. Sorgono anche domande su ciò che è necessario sapere in riferimento a una professione piuttosto che a un'altra, e su ciò che è necessario fare e che è esclusivo di una determinata professione e vietato ad altre. Se domande acquistano importanza, si verificano anche processi esplorativi di possibilità. Un mondo di domande e ricerche rende l'insegnare-imparare e il lavorare molto più esigente, audace ed ambizioso, introduce la ricerca nel mondo di tutti i giorni, introduce la critica e l'autocritica nelle convinzioni, introduce l'apertura alle novità e l'ascolto più profondo dei bisogni di salute, non solo la clinica di ogni malattia, come se le malattie progredissero o regredissero in un corpo biologico, e non in un'esistenza piena di ansie, gioie, desideri, paure, processi aggiuntivi e disgiuntivi.

È in mezzo a tutto questo che autrici come Ivy Oandasan e Danielle D'Amour, un medico e un'infermiera, entrambe ricercatrici canadesi, l'una professoressa all'Università di Toronto, l'altra professoressa all'Università di Montreal, propongono, in associazione tra loro, il concetto di "interprofessionalità", presentando un quadro di riferimento per comprendere

e sviluppare la formazione e il lavoro di equipe in ambito sanitario, tenendo come centro dell'insegnare l'apprendista e come centro del curare il paziente/utente. L'aspettativa è un percorso di apprendimento incentrato sull'apprendista e un percorso di prestazione clinica basato sui paziente/utente, evidenziando così l'importanza di processi educativi e lavorativi più coesi e integrati tra le professioni, in risposta ai bisogni formativi e sanitari.

Figura 1. Educazione Interprofessionale per la Collaborazione



Nota. D'Amour, D. & Oandasan, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 2005, v. 19, Supl. 1, p. 8-20.

I termini precedenti alla formulazione delle ricercatrici erano “Educazione Interprofessionale” (Barr, 2002) e “Pratica Interprofessionale” (Baldwin Jr., 1996). La proposta di D'Amour e Oandasan (2005) consente di studiare la natura interprofessionale di un intervento, sia nel campo della formazione sia in quello del lavoro, consentendo, di fatto, di superare la disciplinarizzazione e la frammentazione che derivano dalla divisione

del sapere e del fare in diverse discipline e diverse professioni, ciascuna con distinte concettualizzazioni del paziente/utente, dei suoi bisogni e del tipo di intervento necessario per arrivare alle innumerevoli e complesse situazioni che un problema di salute può sviluppare e quindi richiedere pratiche di prendersi cura, trattamento ed ascolto.

Collaborazione Interprofessionale in un gioco di luce e ombra

Scegliendo il compito di studiare criticamente la formazione e l'assistenza sanitaria denominata Educazione Interprofessionale (EIP) e Pratica Interprofessionale (PIP) nel contesto della razionalità neoliberale e dei paesi dell'America Latina, María Fernanda Vásquez, Mirelle Finkler, Ricardo Ayala e Marta Verdi, professori e ricercatori di storia delle scienze, educazione, sociologia delle professioni e salute collettiva, costruiscono un'analisi che evidenzia le "incoerenze e incompatibilità strutturali" (Vasques et al., 2023). Gli studiosi utilizzano il linguaggio dell'Educazione Interprofessionale e delle Pratiche Collaborative (EIPC), sottolineando che la razionalità neoliberale non si limita solo agli aspetti politici ed economici o ideologici, ma che una ragione neoliberale coinvolge le forme dell'essere umano, sottolineando che una soggettività attraversa le forme delle relazioni sociali e della comprensione del mondo e dei diversi agenti sociali. Ricordano, poi, che, se una razionalità neoliberale permane durante la gestione e l'implementazione dei sistemi di formazione e di assistenza, intesi da una prospettiva micro-sociale, organizzativa e macro-sociale, questo determina la forma concreta con la quale queste azioni vengono svolte dai diversi attori in scena nell'ambito della salute e la maniera in cui questi attori attuano nelle loro soggettività professionali.

È in questo costrutto che ci si interroga sul programma internazionale di Educazione Interprofessionale e Pratica Collaborativa emanato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, avviato nel 2010, e incentivato, nel contesto latinoamericano, dalla formazione della Rete Regionale di Educazione Interprofessionale delle Americhe (REIP), includendo con la sua piattaforma il periodo 2018-2023, che ha permesso di implementare, nel frattempo, l'articolazione e la cooperazione tra istituzioni educative,

organizzazioni di professionisti e organi governativi ministeriali per la sua socializzazione e diffusione (e forse la sua adozione).

L'analisi degli autori è stata riassunta nell'incontro "L'Educazione Interprofessionale nella Sanità nel contesto neoliberale: incongruenze e sfide", presentandoci, in tutto il loro testo, un insieme di componenti enunciative: il contesto neoliberale e quello latinoamericano (segnalano incoerenze e incompatibilità strutturali), la soggettività in ambito socio-occupazionale (ovvero riferendosi alle relazioni sociali e alla comprensione del mondo, ai modi di essere e alla soggettività professionale), l'istituzionalità organizzativa (riportano l'esistenza di barriere e limitazioni all'iniziativa interprofessionale collaborativa), l'adozione di un modello (citano limiti e sfide) e gli elementi di criticità nel reinventare il lavoro di equipe (evidenziano incongruenze e sfide). Il pensiero riflessivo degli autori sorge su un piano macro-politico (contraddizione, conflitto, condizioni di possibilità), e mobilita l'uso di risorse interpretative provenienti dalla sociologia e dall'analisi politica di azioni e programmi strategici, rendendo visibile un'economia delle forme e del potere (almeno la forma delle relazioni tra docenti-studenti/professioni-équipe e il potere di gestione e implementazione di curricula e discipline, dell'integrazione didattica-servizio nella sanità e delle norme di accreditamento e regolamentazione sanitaria e professionale). Unisco Educazione Interprofessionale e Pratiche Collaborative sotto il nome di Collaborazione Interprofessionale (CIP) e le colloco in un gioco di luce e ombra: accade e non accade, è incentivata ed è osteggiata, è accettata ed è negata, è concordata e ostacolata.

Un buon dibattito su tale analisi è proprio la problematizzazione dell'esistenza di barriere, limitazioni, incoerenze, incompatibilità e incongruenze, nonché sfide strutturali, poiché sono tutti argomenti che segnalano un polo reattivo all'EIPC. Per Antonio Negri e Carlo Vercellone, "i servizi cosiddetti superiori, assicurati storicamente dal Welfare State, corrispondono a delle attività nelle quali la dimensione cognitiva, comunicativa e affettiva del lavoro è dominante" (Negri & Vercellone, 2007, p. 49). In questi servizi, come suggeriscono, "potrebbero svilupparsi forme inedite di autogestione del lavoro, fondate su una coproduzione di servizi

che coinvolga strettamente gli utenti” (Negri & Vercellone, 2007, p. 49). È il caso dell'educazione, della formazione e della sanità. Quindi potremmo anteporre ad un'economia delle forme e del potere, un'economia delle forze e della potenza. Una buona problematizzazione, quindi, sarebbe quella di interrogarsi sull'“azione”, indagare su come agiscono e dove sono le linee di forza e di potenza che promuovono forme o le destabilizzano, che operano per la vigenza di quanto istituito o per la risingolarizzazione delle pratiche (di insegnamento, di cura, di gestione e di ascolto/partecipazione della società). Non la descrizione dei fattori della realtà sociale o una sociologia della contraddizione, ma la cartografia di una micro-politica di resistenza e creazione (un buono combattimento).

Un buon combattimento, ad esempio, non consisterebbe nell'abbattere le barriere, ma nell'alzare trincee alle catture effettuate dal capitalismo cognitivo. Un buon combattimento sarebbe resistere alla forza e continua manutenzione della colonizzazione antro-po-falo-logocentrica delle scienze e delle professioni, nonché esercitare la decolonizzazione dei saperi e delle pratiche che incoraggiano valori di segregazione, esclusione, gerarchia, verticalità, certezza, verità, come se non si trattasse semplicemente di “regimi di pratiche” o “regimi di governo delle pratiche” (governamentalità, nel linguaggio foucaultiano). Tali regimi sono costruiti in base ai quali si ergono i modi di intraprendere l'insegnamento o l'assistenza sanitaria. Questi “regimi” implicano “pratiche di produzione della verità e della conoscenza”, che comprendono “molteplici forme di razionalità pratica, tecnica e calcolatrice”, essendo “soggetti a programmi per la loro riforma” (Dean, 1999, p. 28).

Per Mitchell Dean, gli studi sulla *governamentalità* (governo delle pratiche) sarebbero più preoccupati di sapere come funziona il pensiero nel nucleo dei nostri modi organizzati di fare le cose, dei nostri regimi di pratiche e con le nostre ambizioni ed effetti (Dean, 1999, p. 28-29), o meglio, sono orientati ad esaminare “le condizioni nelle quali si formano, si mantengono e si trasformano i regimi di pratiche” (Dean, 1999, p. 31). Per l'autore sarebbe necessario localizzare le pratiche organizzate attraverso le quali siamo governati e governiamo noi stessi, quelle che poi chiameremo,

quindi, regimi di pratiche o regimi di governo. Il capitalismo industriale ha significato esattamente l'applicazione della conoscenza scientifica alla produzione, anche verso una dinamica di lavoro più flessibile e interattiva. Il capitalismo cognitivo, tipico del capitalismo nell'era contemporanea, ha preso il posto della conoscenza come forza di produzione per la conoscenza come risorsa e prodotto, come scrive Renato Levin-Borges (Levin-Borges, 2022). Nel capitalismo cognitivo, come illustra Maurizio Lazzarato, la conoscenza diviene vettore delle innovazioni e dinamiche produttive, destabilizzando il modello di fabbrica o di azienda e progettando una permanente produzione immateriale (Lazzarato, 2003). Secondo Antonio Negri e Carlo Vercellone (Negri & Vercellone, 2007, p. 47), nel capitalismo cognitivo, "il motore essenziale dell'apparire di un'economia fondata sulla conoscenza si trova nella potenza del lavoro vivo".

Suely Rolnik (Rolnik, 2001) recupera, nella sua analisi delle opere di Tunga, l'artista Antônio Mourão, nato a Palmares, Pernambuco, con opere da lui denominate "Instaurazione", incorporando all'opera "persone estranee al mondo dell'arte, protagoniste di un tipo di performance, seguendo un rituale con oggetti e materiali suggeriti dall'artista; resti della performance compongono un'installazione che rimane esposta" (Rolnik, 2001, p. 8). Secondo Rolnik "l'insieme formato dalla performance + processo + installazione instaura un mondo", dove la designazione "instaurazione" può essere compresa. Per l'autrice "la vita nelle sue diverse formule di creazione costituisce uno degli obiettivi privilegiati dell'investimento del capitalismo contemporaneo". Il capitalismo cognitivo si rivela nell'attivazione di innovazioni e invenzioni. Non a caso, durante la pandemia di covid-19 la parola reinvenzione è stata pronunciate più volte. Secondo Rolnik, "per fabbricare e commercializzare cloni, il capitalismo estrae le matrici non solo dalla biodiversità della natura, ma anche dalla multiculturalità delle modalità di produzione di senso, dai territori di esistenza e di soggettività". Così, parlando delle Instaurazioni, l'autrice evoca: "chissà cosa accadrà..." e cita un passaggio di Gilles Deleuze e Félix Guattari, nel capitolo "Percetto, affetto e concetto" dell'opera "Che cos'è la filosofia?", del 1991: "si tratta sempre di liberare la vita là dove è prigioniera, o almeno di provarci, in un combattimento incerto".

Nella sanità, come nell'educazione, il nostro lavoro è fortemente immateriale (accoglienza, comunicazione, scambio di informazioni e conoscenze, per esempio) e il prodotto di questo lavoro è in gran parte immateriale (generare uno "stato" di salute), che non si esaurisce durante il suo consumo, perché esso stesso produce più salute. Nella sanità, il lavoro immateriale e i prodotti immateriali esistono in abbondanza e, sotto il neoliberalismo, vengono accumulati dal capitalismo cognitivo. Il capitalismo cognitivo mira a controllare le forme di esercizio professionale e di innovazione e invenzione. Soprattutto in ambito sanitario, il capitalismo cognitivo accentua l'immaterializzazione del lavoro e dei rapporti di lavoro, ottimizzato dalle risorse tecnologiche oggi disponibili e ampiamente usate, ma è la conoscenza viva che le mobilita, è la conoscenza che regola il consumo e la generazione di tecnologia. Quindi le nostre azioni di formazione e assistenza vengono sottoposte per le *forme* o, in altro senso, concatenano *forze*. Il capitalismo cognitivo, in un potente gioco di sapere-potere, modula corpo e saperi, non solo negli aspetti biofisici, si appropria dell'anima, della cognizione, degli affetti e del potere creativo e innovativo. Una volta che agiamo, a quali combattimenti diamo origine? Non possiamo collocarci come risultanti, né possiamo supporre che le politiche provenienti da organismi internazionali si propongano l'instaurazione di mondi aperti oppure alle concatenazioni dirompenti dei regimi governamentali. Questo pragmatismo è nostro.

Alcune delle condizioni di possibilità per la costituzione dell'EIPC possono essere scrutate proprio attraverso la cartografia del capitalismo cognitivo. La forza lavoro specializzata e frammentata, con funzioni private stabili e frammentate in leggi sull'esercizio professionale, è stata spostata (è inarrestabile), nonostante le lotte corporative per la riserva di mercato. Una forza lavoro che operi con accoglienza, con il prendersi cura dei utenti/pazienti, con progetti terapeutici singolari, con lavoro di equipe e lavoro di rete è quello che viene richiesto in sistemi di accesso universale e su base territoriale.

Antonella Corsani (2003, p. 15) chiarisce che "il passaggio dal fordismo al post-fordismo può essere letto come il passaggio da una logica di riproduzione a una logica di innovazione, da un regime di ripetizione a

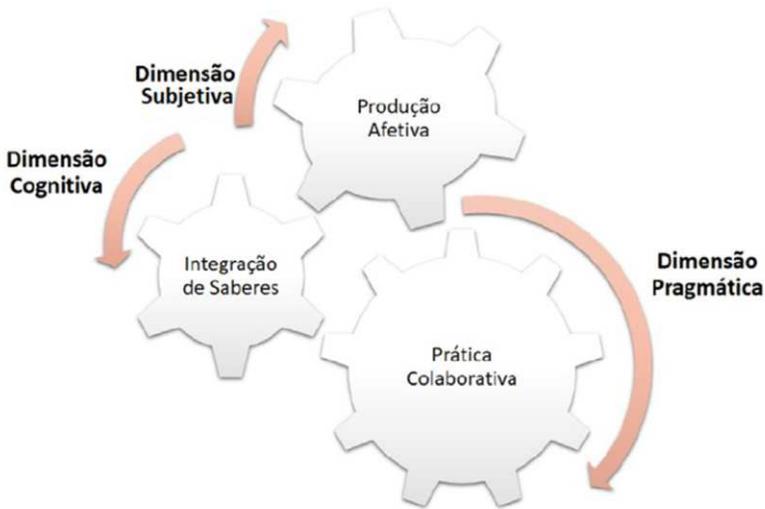
un regime di invenzione”. Da un punto di vista macro-politico, le intenzioni sull’EIPC sono chiare: migliorare l’assistenza, migliorare la qualità dei servizi, ridurre i costi e raggiungere gli obiettivi di copertura universale, con parametri di integrità. Le sfide strutturali riguardano la regolamentazione, la gestione del lavoro e dell’educazione nella salute, la revisione degli standard didattici e di servizio, della imposizione dei meccanismi di certificazione e accreditamento della formazione e dell’assistenza. Chi e quando si interesserà a pensare al problema della collaborazione interprofessionale come una questione all’interno di un’economia delle forze e della potenza? Questa inflessione offrirebbe come sguardo “un terzo margine intempestivo” (Ceccim, 2005c, p. 264), l’esperienza incoercibile della presenza, un esserci, attivo ed etico (Levin-Borges, 2022). La “presenza” è nell’adesso, nella resistenza ai vincoli della disciplinarizzazione o della frammentazione delle professioni e nella creazione di disegni di fatto attuali, di fatto contemporanei, cioè in actu. Come poetizza l’intramontabile cantautore brasiliano Belchior (1976):

Nel **presente** la mente, il corpo è **differente**
E il **passato** è una veste che **non ci serve più**

Tu non senti né vedi
Ma non posso fare a meno di dirlo, amico mio
Che un **nuovo cambiamento presto accadrà**
E ciò che una volta **era giovane** e nuovo, **oggi è vecchio**
E abbiamo tutti bisogno di **ringiovanire** (neretto dell’autore)

Dimensioni del Lavoro di Equipe

La nozione di “lavoro di equipe” viene completamente ridimensionata con l’approccio della Educazione Interprofessionale e delle Pratiche Collaborative, consentendo una semplice rappresentazione grafica, con finalità didattica: una dimensione pragmatica, una dimensione cognitiva e una dimensione affettiva, come definisce ed esemplifica bene Ellery (2012).

Figura 2. Dimensioni del Lavoro di Equipe

Nota. ELLERY, A. E. L. (2012). Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Comunitária). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC.

L'EIPC riconosce una **dimensione pragmatica**, legata al fare, dove le professioni si intrecciano, ossia, esiste la necessaria presenza di una equipe multiprofessionale. Diciamo che per parlare di EIPC occorre affermare la multiprofessionalità con, almeno, 2 categorie professionali. Alcuni esempi: quali categorie sanno ed imparano ad applicare un farmaco iniettabile, quali categorie sanno ed imparano ad eseguire un blocco anestetico locale-terminale, quali categorie sanno ed imparano ad utilizzare la ventilazione meccanica nell'insufficienza respiratoria, quali categorie sanno ed imparano come eseguire la venipuntura, quali categorie sanno e imparano come fare le visite domiciliari, quali categorie sanno ed imparano l'ascolto psicoanalitico, quali categorie sanno ed imparano la promozione ed educazione alla salute, quali categorie sanno e imparano l'indagine epidemiologica, quali categorie sanno ed imparano la stimolazione precoce, quali categorie sanno ed imparano l'assistenza all'infanzia? Queste domande sono senza fine, perché possiamo rispondere una volta che imparano insieme, una volta che lavorano insieme,

una volta che ottengono una formazione specializzata o un perfezionamento professionale, una volta sotto supervisione e così via.

Esiste una **dimensione cognitiva**, dove si intrecciano aree di conoscenza, non solo l'intersezione di sotto-aree sanitarie (equivalenti a determinate professioni in Brasile), ma l'intersezione tra grandi aree di conoscenza, senza bisogno di un'altra categoria professionale. Ad esempio, un antropologo medico può essere un medico, un infermiere, un sociologo, uno psicologo, ecc. Qualunque professione deve avere dietro studi e conoscenze interdisciplinari. I medici studiano l'assistenza, l'ascolto, la cultura, le tecnologie (fisiche, chimiche, biologiche e biomolecolari), per esempio. Proprio come gli psicologi studiano la sociologia, la politica, l'antropologia, l'arte, l'educazione, ecc. Gli infermieri studiano patologia, farmacologia, psicologia, ecc., ma anche l'educazione popolare, lo sviluppo comunitario, le dinamiche di gruppo, la georeferenziazione, oltre ad igienizzanti, detergenti e disinfettanti. Per quanto riguarda l'interdisciplinarietà nell'EIPC, viene identificata l'intersezione tra sotto-aree sanitarie e l'intersezione tra scienze sanitarie, scienze sociali ed umanistiche, come minimo.

La **dimensione soggettiva** ha alla sua base non il sapere o il fare, ma il volere, la volontà attiva di disponibilità allo scambio di saperi e alla complementazione del fare. Ho designato affettività di gruppo per esemplificare ciò che accade quando promuoviamo la gruppalità. Il miglior testo che posso consigliare per l'argomento è di Peter Pál Pelbart (2022): "Elementi per una cartografia sulla gruppalità", prodotto originalmente nel 2010. L'autore porta un elenco di elementi per riflettere sulla componente della "volontà" (volontà di comunità, di condivisione, di affermazione della vita e della differenza, volontà con un senso di passione, di inclinarsi verso), ma anche della "capacità" (capacità di *affezioni*, capacità di evocare affezioni e di essere affetti, di mobilitarsi per delle sensazioni, capacità di essere sensibile ai segni, di entrare nei piani di composizione) e della "potenza" (potere di agire, di interferire, di costruire, di generare novità e attivare processi inclusivi). Ed è grazie alle socialità e alle comunità che siamo capaci di generare, desiderare e creare. L'affettività di gruppo è l'attività della conoscenza, del linguaggio, dell'intelligenza, della cognizione, della memoria, dell'immaginazione e dell'inventiva comune. La

gruppaltà come affettività riguarda lo sviluppo della capacità di comunicare, di relazionarsi, di associarsi, di cooperare, di condividere la memoria, di fucinare nuove connessioni e far proliferare le interconnessioni.

Figura 3. La triade dell'interprofessionalità



Nota. Prodotta dall'autore. 2023.

Basandosi su questa “triade”, l'interprofessionalità è un progetto del fare condiviso o di patto collaborativo, di conoscenza ampliata oltre i limiti disciplinari e alimentata dalla diversità che fronteggia il nostro sapere, la nostra verità e il nostro volere, fortemente influenzato dai nostri affetti, che interferiscono nel modo in cui noi ci impegniamo ed entriamo in progetti collaborativi. L'interprofessionalità parla della nostra competenza nel ridurre i rifiuti taciti e i giochi di potere-sapere per apprendere e lavorare di forma collaborativa tra professioni diverse. Secondo Ellery e Barreto (2019), sono necessarie alcune posture etico-cognitive, quali: “il riconoscimento dell'altro come essere capace, detentore e produttore di conoscenze [e] il riconoscimento dell'incompletezza di ogni professionista, per affrontare le situazioni-limite che i lavoratori della sanità affrontano nel loro lavoro quotidiano durante le loro prestazioni sanitarie”. Aggiungiamo: e il riconoscimento della gruppaltà come potenza ampliata di composizione.

In precedenti pubblicazioni (Ceccim, 2005a; 2005b), ho difeso la tesi per la quale, nelle politiche pubbliche, la formazione di professionisti deve essere parte della gestione del lavoro, creando un campo di esercizio delle politiche pubbliche della sanità designato come Gestione dell'Educazione nella

Salute. In tal senso, ho creato il concetto di “Quadrilatero dell’Educazione nella Salute”: formazione, attenzione (assistenza), gestione e partecipazione, al quale si potrebbe aggiungere l’innovazione, disegnando un pentagono. L’innovazione riguarda la creazione, anche nell’ambito delle politiche pubbliche, o addirittura l’instaurazione di stati della creazione, ammettendo una politica della vita nella configurazione del lavoro sanitario. Ho inoltre poi pensato a un “grafico radar”, con l’icona di un pentagono: formazione, attenzione (assistenza), gestione, partecipazione e innovazione. L’illustrazione vettoriale di due grafici colorati per la educazione interprofessionale e la pratica interprofessionale collocherebbe la collaborazione interprofessionale come un costruzionismo dell’interprofessionalità.

Figura 4. Collaborazione interprofessionale



Nota. Prodotta dall'autore. 2023.

Esperienze brasiliane

L'esperienza brasiliana nell'EIPC è parte della conduzione delle politiche di gestione dell'educazione nella salute. Per esemplificare, ho selezionato **tre esperienze**: l'invenzione della “Specializzazione Sanitaria

Multiprofessionale”, una formazione specialistica realizzata in servizio attraverso il concetto di clinica ampliata, non limitata solo alla cura delle malattie; l’invenzione della “Vita ed Esperienza nella Realtà del Sistema Unico di Salute”, una proposta di convivenza di studenti universitari nell’area “allargata” della salute, coinvolgendo 16 categorie professionali; e l’invenzione dell’”Educazione Permanente in Salute”, una sorta di strategia di supervisione clinico-istituzionale realizzata tra servizi o con base tecnico-pedagogica di supporto alle equipe di riferimento legati ai pazienti/utenti

Specializzazione Sanitaria Multiprofessionale

Le Specializzazioni Sanitarie Multiprofessionali si sono costituite secondo l’idea della formazione durante il servizio per i laureati dei corsi di laurea dell’ampia area sanitaria. Secondo le regole del Sistema Unico di Salute, in particolare, l’area comprende azioni di promozione, protezione e recupero della salute, in un’ottica di riduzione del rischio di malattie e di altri problemi sanitari e di accesso universale alle sue azioni e ai suoi servizi, che può essere tradotto come Cura Integrale. Le specializzazioni, che sono formazione in servizio, devono soddisfare il mondo delle pratiche, e quindi è difficile dividere ciascuna professione in una pratica corporativa-centrata (Ceccim et al., 2018).

Un aspetto della modalità formativa delle specializzazioni sanitarie è che esse sono composte per l’80% da un monte ore orientato al tirocinio pratico e per il 20% corrispondono al livello di istruzione teorica della specializzazione. A differenza della tradizionale specializzazione medica, riservata ai laureati in medicina e organizzata secondo le specializzazioni mediche riconosciute dall’accordo tra il Consiglio Federale di Medicina, l’Associazione Medica Brasiliana e l’Associazione Brasiliana di Educazione Medica, le specializzazioni sanitarie multiprofessionali sono organizzate per aree di intervento o di gestione, e seguono il disegno delle politiche sanitarie nazionali, senza escludere la condizione di specialità simile a quella della società medica. Pertanto, possiamo avere specializzazioni in aree professionali, come Salute della Donna, Salute dei Bambini, Urgenza e Emergenza, Supporto Diagnostico e Terapeutico nelle Cure Ospedaliere e molte altre designazioni che delineano campi di cura o

di intervento gestionale. Fino a che la condizione della specializzazione è in un campo di intervento e non in un nucleo specializzato delle pratiche professionali, si presuppone un'offerta di carattere multiprofessionale, in modo che si possano includere aspetti di intervento biopsicosociale, di salute e del benessere, salute unica (*one health*) o integralità dell'assistenza.

La specializzazione sanitaria multiprofessionale è un'educazione interprofessionale e sviluppa esperienze e domini della pratica interprofessionale. Per il fatto di essere una specializzazione multiprofessionale, deve essere composta da almeno tre categorie professionali. La nozione di "area professionale", che definisce queste specializzazioni, corrisponde a un'area di conoscenze e pratiche che prevede la presenza di diverse professioni. L'area dedicata alla Salute della Donna può focalizzarsi sulla contraccezione, sull'assistenza prenatale, sul parto e sul puerperio, con attenzione alla salute riproduttiva della donna, dove convergono conoscenze in ginecologia e ostetricia, sessualità, diritti della maternità, femminismo, *maternage (mothering)*, fisiologia dell'allattamento, attaccamento e vincolo, preparazione fisica al parto, alimentazione della gestante e delle donne che allattano, cura del lattante, ecc., oltre alle condizioni di una gravidanza a rischio, dopo precedenti di abusi sessuali e violenza domestica, precedenti aborti, madri con disabilità fisiche o intellettuali, donne della campagna o della foresta e così via. Esiste una varietà di condizioni reali possibili, che rendono evidente la necessità non solo di conoscenze interdisciplinari, ma anche la necessità di molteplici capacità di intervento e di azione collaborativa.

È a partire dal mondo delle pratiche professionalizzate che la collaborazione interprofessionale acquista territorialità. Non sono sufficienti le conoscenze interdisciplinari, servono competenze interprofessionali per il collettivo di professioni che popolano i luoghi di cura. Prendendo come esempio la salute della donna, è importante considerare che se le pratiche possono essere professionalizzate ai fini della regolamentazione tecnica del lavoro, dimensionamento del personale, salvaguardia dell'accesso sicuro della popolazione alle conoscenze scientifiche di diagnosi, cura e trattamento, la prestazione professionale di copertura dall'assistenza

sanitaria non può essere delimitata così facilmente, sotto pena di sottoporre il processo fisiologico della gravidanza e del parto agli estremi della tecnicizzazione, ordinando una serie di visite e trattamenti frammentati e con il forte rischio di abbandono o discredito. In un altro esempio eclatante, possiamo considerare la situazione di un bambino malato di cancro: la sua paura della morte, il suo ritiro dalla scuola, i diversi effetti del trattamento sull'estetica del corpo del bambino e le reazioni gastroenteriche ai farmaci. Non sarà possibile sottoporre un bambino/adolescente così sofferente al pellegrinaggio delle procedure parzializzate.

È proprio alla luce di queste condizioni, tra le tante, che l'apprendimento e lo sviluppo delle pratiche interprofessionali risulta inconfutabile. Tutto quello che può essere fatto da uno stesso professionista allo stesso tempo e nello stesso luogo è auspicabile. Ma spetta alle *equipe apprendere* a scambiare tra di loro informazioni, ma soprattutto spetta a ciascun professionista delle *equipe* multiprofessionali avere abilità, propensione e capacità interprofessionale.

Il Brasile ha creato, insieme alla legge federale che introduce la politica giovanile nazionale, la Specializzazione nell'Area Professionale della Salute, rivolta principalmente ai giovani appena laureati. Dalla Legge sono nati il Programma Nazionale per l'Inclusione Giovanile, lo Statuto della Gioventù, l'ordinamento dei diritti dei giovani e i principi e le linee guida per le politiche pubbliche giovanili. Ai fini di questa legge, sono considerate giovani le persone di età compresa tra i 15 (quindici) ed i 29 (ventinove) anni. Questa Legge ha istituito la Specializzazione nell'Area Professionale della Salute, definita come una modalità di insegnamento post-laurea *lato sensu*, fondata sull'educazione in servizio e destinata alle categorie professionali che includono l'area sanitaria, facendo emergere quindi l'interprofessionalità come un territorio inedito e percorribile.

Vita ed Esperienza nella Realtà del Sistema Unico di Salute

L'iniziativa Vita ed Esperienza nella Realtà del Sistema Unico di Salute (VER-SUS) è stata implementata in Brasile dal 2004, e può essere definita come una creazione della politica nazionale di educazione e sviluppo dei

lavoratori del settore sanitario, conosciuta come “percorsi di Educazione Permanente nella Salute”, orientata agli studenti universitari e alla loro presenza interprofessionale nelle istanze gestionali, formative, assistenziali e di partecipazione. Quest’ultima è una condizione fondamentale per la sperimentazione di gruppi studenteschi uniti a movimenti popolari e ai consigli di salute, con la discussione dei principi e valori della Salute Collettiva, dell’Educazione Popolare e della Storia delle Pratiche Sanitarie. Le iniziative di vita ed esperienza sono nate con l’intento di colmare le lacune presenti nella formazione dei professionisti in merito agli elementi di educazione e di pratica interprofessionale, della partecipazione sociale nelle politiche pubbliche, dei saperi popolari e della cultura nelle pratiche del prendersi cura.

Il Progetto VER-SUS/BRASIL è rivolto principalmente agli studenti universitari brasiliani che studiano corsi correlati alla salute, come Biologia, Biomedicina, Educazione Fisica, Farmacia, Fisica Medica, Fisioterapia, Infermieristica, Logopedia, Medicina Veterinaria, Medicina, Nutrizione, Odontoiatria, Psicologia, Salute Collettiva, Servizio Sociale e Terapia Occupazionale, totalizzando 16 professioni sanitarie. Oltre a questi, il Coordinamento Nazionale VER-SUS/BRASIL ha previsto, come corsi possibili a cui aderire, quelli delle aree di scienze sociali e umanistiche, con un numero limitato di posti.

Il VER-SUS/BRASIL fa parte di una strategia di gestori del sistema sanitario, dell’Associazione Scientifica Rede Unida, entità di studio sulla formazione e lavoro nel settore sanitario, e del Movimento Studentesco, con l’obiettivo di avvicinare gli studenti universitari alle sfide inerenti al consolidamento di un sistema sanitario universale su tutto il territorio nazionale. Inoltre rappresenta, anche, un impegno da parte dei gestori del sistema sanitario con l’apprendimento degli studenti che si preparano a lavorare in questo settore. È un’opportunità per condividere, in una squadra multiprofessionale, punti di vista, interpretazioni, comprensioni e proposte per un sistema sanitario pubblico che funzioni.

Ad ogni edizione, il Movimento Studentesco della Sanità organizza una Commissione Nazionale di Rappresentanza composta da rappresentanti di diversi corsi. Il VER-SUS/BRASIL offre allo studente 15 giorni di esperienza in un sistema sanitario (comunale o statale) e l’interazione degli

studenti tra loro, e con amministratori, lavoratori, utenti e diverse università. Un'interazione che propizia dibattito e conoscenza sugli aspetti di gestione del sistema, sulle strategie assistenziali, sull'esercizio del controllo della società sullo Stato e sui processi di educazione nella salute. La proposta è che VER-SUS/BRASIL si svolga durante il periodo delle tradizionali vacanze dell'università – in inverno e in estate. Durante il periodo della pratica, gli studenti beneficiano di un supporto pedagogico e le spese di vitto, alloggio e trasporto sono coperte dal Ministero della Salute. Sono partner del progetto gli Assessorati Sanitari Comunali, gli Assessorati Sanitari Statali e le Istituzioni Universitarie.

Nell'ambito di un'esperienza di attivismo in Italia, presso l'Università di Bologna, è stato creato un progetto sperimentale denominato uniVERssi, un progetto di integrazione tra l'Università (Univer) e il Sistema Sanitario Italiano (SSI), con l'intento di fornire un apprendimento innovativo tra studenti, ricercatori e docenti dello spettro delle cure primarie. Questo progetto nacque dalle reti di collaborazione tra Brasile e Italia, in particolare tra l'Università Federale del Rio Grande do Sul, l'Università di Bologna, la Regione Emilia-Romagna, il Ministero della Salute brasiliano e numerose università e istituzioni brasiliane. Il progetto uniVERssi si è messo in contatto con l'attività formativa di Vita ed Esperienza nella Realtà del Sistema Unico di Salute – progetto VER-SUS, per questo motivo la sigla italiana ha evidenziato l'acronimo “VER”. Nel caso brasiliano si trattava di aprire gli occhi, ridimensionare i punti di vista, influenzare l'esperienza visiva attraverso uno sguardo aptico, non solo quello ottico (distinzione ottico ed aptico) di comprensione della realtà viva e mutevole delle popolazioni in ogni territorio e luogo. In italiano, l'acronimo (uniVERssi) indicava un'infinità di universi (linguistici, sperimentali, professionali, popolari, ecc.).

In entrambe le esperienze, l'apprendimento collaborativo interprofessionale, un'intensa presenza di scambi interprofessionali nello scenario sanitario e un riconoscimento attivo delle diverse categorie professionali, dei loro ruoli, delle loro storie, dei loro obiettivi, dei loro metodi, dei loro modi di pensare diagnosi e terapia, evidenziando il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici e universali della salute e il diritto alla salute.

Educazione Permanente in Salute

In Brasile, l'Educazione Permanente in Salute corrisponde alla politica pubblica presentata nel 2003, per la prima volta nella storia del sistema sanitario nazionale. Si tratta della "Politica nazionale per la formazione e lo sviluppo dei lavoratori per il SUS: percorsi di Educazione Permanente in Salute". Questa dicitura è presente in molte proposte di insegnamento e apprendimento con nomenclature diverse, come Formazione Situata, Comunità di Apprendimento, Collettivi di Apprendimento, Ricerca-Formazione-Intervento, Ricerca-Azione-Critico-Collaborativa e Circoli in Rete (Ceccim, 2020). In altre parole, è la formazione dei lavoratori sanitari non legata a progetti di insegnamento universitario o di formazione pratica in servizio, ma è l'organizzazione di processi didattici che articolano istruzione e lavoro e che riconoscono l'insegnamento formale, non formale e informale, nonché le epistemologie dell'educazione popolare e dell'ecologia dei saperi. Per quanto riguarda l'apprendimento, potremmo fare tesoro delle comprensioni sulla cognizione che la mettono in relazione al contesto sociale dello studente, la produzione di cambiamenti dei concetti precedenti e l'attivazione del continuare apprendendo, una comprensione della costruzione della conoscenza che richiede e consente processi di problematizzazione, implicando il desiderio e il cambiamento di sé e delle equipe. In questi termini, un collettivo apprendista apporterebbe la nozione di raggruppamento articolato secondo un fine di produzione e apprendimento nell'atto del lavoro, essendo quest'atto del lavoro l'esercizio di sguardo attento, il rinnovamento di conoscenza, l'esercizio di ricerca-intervento, l'aggiornamento della gestione e l'interfaccia con la popolazione.

L'educazione stessa configura un intervento grazie alla composizione delle interfacce nell'ambiente di lavoro. Le nozioni di comunità apprendista e dell'apprendere permanente vanno di pari passo quando si pensa allo scambio, alla condivisione, all'azione critico-riflessiva, al ridimensionamento dei modi di agire dei lavoratori e alle esperienze di problematizzazione. Un'azione educativa che muove conoscenze e pratiche coinvolte, allo stesso tempo in cui forma un pensiero e trasmette concetti, un'azione didattica di insegnamento che, allo stesso tempo, genera collettivi di pratica.

La nozione di comunità di apprendimento e di formazione-intervento trova risonanza in Jean Lave e Etienne Wenger (1991), autori che sviluppano i concetti di “Comunità di Pratica”, “Apprendimento Situato” e “Partecipazione Periferica Legittima”, in cui avviene l'apprendimento sociale attraverso la creazione di gruppi di interazione attorno a domini di conoscenza e al loro uso collettivo. Per Marcolino, Lourenço e Reali (2017, p. 412), affinché il professionista arrivi a capire “cosa è implicito nel suo processo di lavoro (credenze, conoscenze e valori)”, ha bisogno di impegnarsi “in un processo di riflessione sull'azione – un processo intenzionale, collegato al fare”. Questa riflessione “richiede un'azione consequenziale qualitativamente diversa da un'azione di routine”. Per le professoressa, “questo movimento del conoscere-nell'azione è dinamico e difficile da imparare, deve essere compreso come interpretazioni parziali che rappresentano tentativi di imporre una certa stabilità a questo processo”.

Lo scambio di significati – tanto conoscenze, storie, informazioni, quanto modi di fare – nell'interazione tra i partecipanti potenzia nella comunità di pratica la costruzione di sensi e nuove forme di partecipazione, oltre che nuovi modi di essere/fare nella sanità in ogni contesto. Una comunità di pratica è la configurazione di un collettivo con il quale è possibile e sistematico sviluppare, negoziare e condividere conoscenze. Nel presente testo, esprimo l'Educazione Permanente in Salute come supervisione clinica e istituzionale, con il fine di istituire un luogo di supporto tecnico e pedagogico, ma anche un luogo di supporto e sostegno. Il termine “permanente” non si riferisce alle nozioni di “apprendimento permanente” (lifelong learning) oppure ai 4 pilastri dell'educazione dell'UNESCO (imparare come conoscere, fare, essere e convivere), né all'educazione degli adulti (come quando si diceva che l'apprendimento non è solo scolastico o legato ai bambini). Permanente si riferisce alle forme di insegnamento (formale, non formale e informale), è relativo al luogo (a scuola, sul lavoro, o in gruppi di interazione), è relativo all'integrazione insegnamento-servizio o all'integrazione insegnamento-servizio-comunità, come nelle teorie del cambiamento nell'insegnamento di carattere universitario, oppure relativo (nella specificità del settore sanitario come politica pubblica) all'integrazione tra la **formazione** (pratiche didattiche),

assistenza (pratiche assistenziali), **gestione** (pratiche di coordinamento di equipe o di sistemi sanitari) e **partecipazione** (coinvolgimento degli utenti, movimenti sociali o istanze di partecipazione popolare), come quando creiamo la metafora del Quadrilatero dell'Educazione nella Salute.

Per quanto riguarda la nozione di supervisione clinica e istituzionale, possiamo fare riferimento ad autori e ricercatori psicoanalitici, che discutono del sostegno del potere clinico dei terapeuti, ma aggiungendo il supporto istituzionale alla costruzione di legami di equipe e di reti di cura in un'ecologia dei saperi. Michel ed Enid Balint lavorarono negli anni 1960 e 1970 sviluppando il concetto dei Gruppi Balint rivolti ai medici di medicina generale o ai medici di base nella creazione del Sistema Sanitario Nazionale (National Health Service/NHS) in Inghilterra, in modo che ampliassero la comprensione della relazione medico-paziente come strumento per fornire cure migliori, come spiegano Mandia e Teixeira (2023). Nella sintesi di Tatiana Mandia e Ricardo Teixeira, Michel Balint “ha preferito i medici più esperti e non gli studenti, poiché valorizzava il fatto che i primi avessero già attraversato momenti difficili e sfide” (Mandia & Teixeira, 2023, p. 2-3), quindi, non era a causa della formazione iniziale o a causa della mancanza di esperienza, era proprio sostegno, supporto, appoggio. Il concetto qui è cogliere una sorta di “senso” dell'Educazione Permanente in Salute nel sostegno alla pratica interprofessionale, significa supportare la sua realizzazione nella vita quotidiana. Per Balint era importante la dimensione psicologica, che riempie gran parte della vita quotidiana del medico di base (o di un altro professionista che svolge il ruolo di caregiver) a causa della sua stessa presenza sul territorio, del dover costruire reti di cura e aumentare l'autonomia degli utenti nel loro camminare nella vita. È impossibile pensare che il caregiver (il *dottore*) non “soffra-con” i suoi utenti/pazienti. La formazione universitaria di base (la laurea) non sviluppa sufficientemente la fondamentale e intensa esperienza diretta e pratica, l'acquisizione di competenze per l'incontro, per il creare, per il comporre pratiche interprofessionali; risulta quindi necessario sostenere processi soggettivi e riconoscere che la presenza è filtrata dagli affetti. Seguendo il pensiero di Balint, “consiste nel trasformare la personalità del medico e la sua prospettiva soggettiva del mondo” (Mandia & Teixeira, 2023, p. 3).

La “supervisione clinico-istituzionale” offre l’ascolto del controtransfert e dei processi istituzionali del lavoro (soffrire-con o esserci). Michel Balint era medico ed era ungherese, Enid Balint era economista ed era inglese. Sottolineo questi dati perché mostrano l’evidenza dell’interprofessionalità (due categorie professionali, due campi originali del sapere, due culture soggettive forti ed un intenso lavoro collaborativo). Il loro campo di riflessione “comune” è iniziato “al Centro sugli Studi Familiari, a Londra, con assistenti sociali che si occupavano dei problemi coniugali dei loro clienti”. Il lavoro era verbale, si accoglieva l’associazione libera, il lasciar parlare e, in questo senso, “permettendo tutti i tipi di distorsioni soggettive, omissioni e riflessioni”. Quindi “sia le riflessioni del relatore sia i commenti del gruppo di ascolto sono stati presi come una sorta di libera associazione”. Nel caso dei medici di medicina generale, il controtransfert potrebbe emergere con gli effetti prodotti nella relazione professionista-paziente “per la loro personalità, per le loro convinzioni scientifiche e per i loro schemi di reazione automatica” (Mandia & Teixeira, 2023, p. 3). In Brasile, l’Educazione Permanente in Salute utilizza un patchwork di riferimenti, con innumerevoli matrici, che possono utilizzare la psicoanalisi, ma anche l’educazione popolare in salute, metodologie dinamiche di gruppo, metodologie dialogiche o di prossimità, corsi-intervento, arte/poesia-intervento. Il fatto è che quando diciamo Educazione Permanente in Salute, presupponiamo che l’equipe sia multiprofessionale, le conoscenze interdisciplinari e i processi soggettivi mediati dagli affetti.

Conclusioni provvisorie

Lavorare di comune accordo o lavorare con gli altri? La regolamentazione di un’attività professionale serve a preservare il mercato o a tutelare gli utenti delle pratiche regolamentate? La definizione di doveri esclusivi delle professioni serve al progetto di formazione e sviluppo professionale oppure serve a delimitare l’esclusività su alcuni ambiti pratici e, quindi, a dare perennità alle professioni? La professionalizzazione rappresenta una precisa delimitazione dei territori di azione o la capacità di connettersi con le richieste delle conoscenze professionali? La prestazione per categoria professionale risponde all’esigenza di una configurazione

ristretta di ciascuna attività tecnico-scientifica o all'ampliamento del contatto con e dell'accoglienza di situazioni complesse? L'ampliamento della capacità di risposta professionale deriva dall'aumento della possibilità di rispondere da soli alle richieste nella sanità o dalle possibilità di interazione tra professionisti e tra professionisti e utenti? L'innalzamento della qualità dell'assistenza sanitaria si basa sulla professionalizzazione che a sua volta si focalizza sugli interessi delle rispettive società professionali o sui bisogni degli utenti, con un impegno per la risolvibilità e per l'interezza? Le pratiche fortemente collaborative o di cooperazione attiva stabiliscono meglio i confini interprofessionali o interrogano questi confini all'interno dei rispettivi saper fare?

Il processo del lavoro sanitario, con tutte queste domande, è stato messo in discussione in Brasile, nel pieno della costruzione dei piani della nostra riforma sanitaria, della nostra invenzione della salute collettiva e del nostro progetto di revisione e critica della formazione professionale in campo sanitario. In Brasile abbiamo sviluppato concetti e pratiche innovative per il lavoro sanitario e per la formazione, abbiamo esperienze concrete di azione e formulazione di politiche che hanno cercato di articolare il lavoro di equipe con una presenza multiprofessionale e un pensiero interdisciplinare.

In "Le composizioni di Ivone Lara e Nise da Silveira: per fare su quel pavimento un passo pianino" (Ceccim & Deorristt, 2021), gli autori portano un prezioso esempio degli anni 1960-1980, anni precedenti alla Riforma Psichiatrica, di due donne, una infermiera e assistente sociale, l'altra medico e precursora della terapia occupazionale nella salute mentale in Brasile. Un'artista musicale, cantante e paroliere di samba, l'altra scienziata medico, studiosa di filosofia e arte. Entrambe, lavorando insieme, hanno prodotto una rivoluzione nel pensiero brasiliano sull'intervento in psichiatria, contemporaneo ai grandi movimenti globali di riforma psichiatrica. Nel loro caso vediamo medicina, infermieristica, servizio sociale e terapia occupazionale in chiara compenetrazione, vediamo psichiatria, filosofia e arte operare trasformazioni del pensiero e delle pratiche assistenziali, vediamo quindi interprofessionalità, interdisciplinarietà e mutazioni affettive. Nel linguaggio odierno, vediamo l'interprofessionalità nell'educazione, nel lavoro, nella gestione delle cliniche e nella partecipazione degli utenti. Nel loro caso, vediamo una mutazione

della realtà sanitaria e dell'intervento sulla salute mentale, come nella mia indicazione di innovazione nel grafico radar.

Per quanto riguarda la salute collettiva o l'educazione in salute, l'introduzione delle teorie della complessità ha messo in discussione l'uso del prefisso “inter” quando si parla di scienza, ricerca e insegnamento. Sono comuni termini come interdisciplina, interazione, interfaccia, intercambio/scambio, intercomunicazione, intersettorialità, oltre a proposte di gestione relative all'azione intergovernativa, intergestioni e interconnessione delle politiche o, anche, azioni interistituzionali di integrazione, costruzione di integralità e orientamento alla completezza. Più recentemente, si è cominciato a parlare di “interprofessionalità”, una condizione prevalentemente di pratiche collaborative, che comprende tutto ciò che appartiene al campo – e nel quale i nuclei cooperano alla sua composizione –, nonché tutto ciò che possiamo sviluppare come “nucleo comune” o tutto ciò che possiamo realizzare mediante supporto o su cui non abbiamo autonomia, eccetto se siamo membri di una equipe. Secondo Nicole Rege Colet (2002), nel proporre una pedagogia universitaria attraverso l'interdisciplinarietà, l'interprofessionalità si articola nel campo epistemologico, a causa dell'integrazione dei saperi, e in quello pragmatico, secondo la collaborazione che avviene nell'esercizio del lavoro. Una nozione che non supera quella di lavoro multiprofessionale e interdisciplinare quando si tratta di affermare che il lavoro di equipe richiede e riconosce la convergenza di diverse professioni a favore di una maggiore copertura nell'accoglienza delle necessità e in funzione della composizione in actu delle possibilità di aumentare la risolvibilità dell'assistenza.

Riferimenti bibliografici

Baldwin Jr, D. W. C. (1996). Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care*, v. 10, p. 173-187.

Barr, H. (2002). Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow a review. [S.l.]: CAIPE. Disponível em: <https://www.caipe.org/download/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-and-tomorrow-barr-h-pdf/?tmstv=1700064557>

Belchior, A. C. (1976) *Velha roupa colorida* [Canção de Belchior]. Álbum: Anunciação. <https://www.lettras.mus.br/belchior/44464/>

Canini, A. (2016). A construção da presença ativa dos estudantes no sistema de saúde: o projeto uniVERssi entre Itália e Brasil. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS. <http://hdl.handle.net/10183/169477>

Carneiro, F. F., Krefta, N. M. & Folgado, C. A. R. (2014). A práxis da ecologia de saberes: entrevista de Boaventura de Sousa Santos. *Tempus, actas de saúde coletiva* (Brasília), v. 8, n. 2, p. 331-338. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1530/1289/3552>

Ceccim, R. B. (2020). Coletivos aprendentes e coletivos de prática: das mutações de cenário e das práticas educativas em educação na saúde. In: Santos, A. M.; Bispo Jr, J. P. & Prado, N. M. B. L. (Org.). *Caminhos da pesquisa em saúde coletiva no interior do Brasil*. Salvador: Edufba. p. 117-136.

Ceccim, R. B. (2005a). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 16, p. 161-177. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>

Ceccim, R. B. (2005b). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), v. 10, n. 4, p. 975-986. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>

Ceccim, R. B. (2005c). Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 259-278. <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>

Ceccim, R. B. et al. (Org.) (2018). *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida. <https://editora.redeunida.org.br/project/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude/>

Ceccim, R. B. & Deorristt, A. R. (2021). As composições de Ivone Lara e Nise da Silveira: pra pisar nesse chão devagarinho. In: Padilla, M. et al. (Org.). *Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 78-95.

Colet, N. R. (2002). *Enseignement universitaire et interdisciplinarité: un cadre pour analyser, agir et évalue*. Bruxelas: De Boeck Université.

Corsani, A. (2003). Elementos de uma ruptura: a hipótese do capitalismo cognitivo. In: Cocco, G., Galvão, A. P. & Silva, G. (Org.). *Capitalismo cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 15-32.

D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005) Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, Supl. 1, p. 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>

Dean, M. (1999). *Governmentality: power and rule in modern society*. Sage. https://www.researchgate.net/publication/280802922_Governmentality_Power_and_Rule_in_Modern_Society

Ellery, A. E. L. (2012). *Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional*. Tese (Doutorado em Saúde Comunitária). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC. https://www.researchgate.net/publication/266556637_Interprofissionalidade_na_Estrategia_Saude_da_Familia_condicoes_de_posibilidade_para_a_integracao_de_saberes_e_a_colaboracao_interprofissional

Ellery, A. E. L. & Barreto, I. C. H. C. (2019). Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produção mediada pelos afetos. In: Schweickardt, J. C. (Org.). *Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 36-49. <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Trabalhar-e-aprender-em-conjunto-por-uma-técnica-e-ética-de-equipe-na-saúde.pdf>

LAVE, J. & Wenger, E. (1991) *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

LAZZARATO, M. (2003). Trabalho e capital na produção de conhecimentos: uma leitura através da obra de Gabriel Tarde. In: Cocco, G., Galvão, A. P. & Silva, G. (Org.). *Capitalismo cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 61-82.

Levin-Borges, R. (2022). Políticas da presença: em tempos de neoliberalismo e neofascismo. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. <http://hdl.handle.net/10183/246464>

Mandia, T. M. & Teixeira, R. R. (2023). Elaborar, compartilhar, narrar: uma análise narrativa de três abordagens de comunicação em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 27, p. e220393. <https://doi.org/10.1590/interface.220393>

Marcolino, T. Q., Lourenço, G. F. & Reali, A. M. M. R. (2017) “Isso eu levo para a vida”: aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de prática. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 61, p. 411-420. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0099>

Negri, A. & Vercellone, C. (2007). Il rapporto capitale/lavoro nel capitalismo cognitivo. *Posse - política, filosofia, moltitudini (Trieste)*, p. 46-56. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00264147>

Pelbart, P. P. (2022). Elementos para uma cartografia da grupalidade. *Revista Concinnitas (Rio de Janeiro)*, v. 23, n. 44, p. 85-99. <https://doi.org/10.12957/concinnitas.2022.67437>

Rolnik, S. (2001). Despachos no museu: sabe-se lá o que vai acontecer... São Paulo em Perspectiva (São Paulo), v. 15, n. 3, p. 3-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000300002>

Santos, B. S. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP (São Paulo)*, v. 79, 71-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>

Vásquez, M. F. Et al. (2023). Educación interprofesional en salud en el contexto neoliberal: incongruencias y desafíos. *Interface (Botucatu)*, v. 27, p. e230015. <https://doi.org/10.1590/interface.230015>

I BENEFICI DELL'INTERPROFESSIONALITA' NELL' ESPERIENZA SVIZZERA

Peter Berchold

Ritengo che sia importante condividere e scambiare idee ed esperienze diverse nell'ambito dell'interprofessionalità, poiché si tratta di un tema di grande rilevanza. L'esperienza svizzera ci ha permesso di imparare alcune lezioni in campo medico-scientifico. Vorrei iniziare con alcune osservazioni critiche sulla gestione della "collaborazione interprofessionale". Negli ultimi due anni si è assistito a un notevole aumento dell'attenzione sul tema della collaborazione interprofessionale. La collaborazione interprofessionale è solo un aspetto di una situazione molto complessa, ma allo stesso tempo possiamo dire che questa collaborazione è *di fatto* poco attuata. Esiste quindi un divario tra le parole e i fatti. È quindi importante saperne di più sulla natura e sull'attuazione della collaborazione interprofessionale.

Se guardiamo alle *revisioni* della biblioteca Cochrane degli ultimi anni, è sorprendente come sia stato sottolineato che i ricercatori che lavorano per la Cochrane hanno dichiarato di non essere in grado di eseguire una meta-analisi dello studio e dei risultati dello studio a causa del piccolo numero di studi inclusi e della loro eterogeneità in diversi contesti clinici, interventi clinici ed esiti clinici. Questa affermazione è molto importante perché mancano ancora risultati conclusivi sulla collaborazione interprofessionale.

La seconda osservazione critica che voglio condividere con voi riguarda un aspetto, ovvero che l'assistenza sanitaria si basa fundamentalmente sul lavoro di professionisti. Gli operatori sanitari, come medici e infermieri, sono formati e lavorano all'interno di organizzazioni sanitarie tradizionalmente strutturate. Queste strutture organizzative sono importanti da un lato perché garantiscono la sicurezza del trattamento dei pazienti. D'altro canto - e questo è uno degli ostacoli più significativi - queste strutture professionali rendono più difficile la collaborazione tra professionisti. In altre parole, il lavoro all'interno delle organizzazioni sanitarie è fundamentalmente frammentato e

questa frammentazione rappresenta un deficit nello stato attuale dell'assistenza sanitaria. Ci auguriamo che nel prossimo futuro sia possibile promuovere la collaborazione interprofessionale.

Interessanti spunti di riflessione possono essere tratti da un documento pubblicato da Henry Mintzberg circa 20 anni fa; Mintzberg ha lavorato a questo documento insieme al medico Dr. Glouberman e hanno studiato il motivo per cui è così difficile attuare riforme e apportare cambiamenti all'interno del sistema sanitario. Questo lavoro analizzava anche la parte di gestione dell'assistenza sanitaria, infatti si intitola "Gestire la cura della salute e la cura della malattia" (Glouberman & Mintzberg, 2001). Gli autori descrivono gli ospedali come organizzazioni con quattro mondi diversi, (1) i medici che si occupano delle cure mediche (cure), gli infermieri che si occupano dei malati (care), i manager che svolgono i compiti amministrativi (control) e infine i consigli di amministrazione o i fiduciari (community).

Nonostante questa grande frammentazione che continua ad aumentare a causa del progresso medico, il nostro obiettivo deve essere quello di cercare di trasformare il settore delle cure mediche in un'eccezione in cui la cooperazione interprofessionale sia effettivamente applicata. Ciò significherebbe che dovremmo imparare a differenziare le varie forme di cooperazione. Ovviamente esiste una sorta di normale cooperazione professionale che chiamiamo coordinamento di default, in contrapposizione a quella che chiameremmo cooperazione interprofessionale, che tuttavia rimane al di là delle barriere o delle frontiere che ho menzionato prima e che dobbiamo essere in grado di superare. In effetti, nelle cure per acuti il normale coordinamento professionale potrebbe essere sufficiente nella maggior parte dei casi e potrebbe non essere necessario aumentare la cooperazione interprofessionale. D'altra parte, in contesti clinici (ad esempio, pazienti multimorbidi) in cui vi è una grande complessità, vi è anche una grande necessità di coordinamento. Questi pazienti hanno bisogno non solo di coordinamento, ma anche di cooperazione interprofessionale.

E non solo. È necessario anche un coordinamento a livello organizzativo. Quindi, come potremmo delineare meglio questa differenza di cui ho parlato, cioè il coordinamento organizzativo e la vera cooperazione interprofessionale. Ecco una proposta: la proposta di uno spettro di analisi della complessità, uno spettro che va

dalla malattia acuta alla malattia cronica, quindi andiamo dalla malattia acuta alla malattia cronica in senso orizzontale; invece su un asse verticale a sinistra abbiamo gli aspetti biologici e medici in contrasto con l'asse verticale a destra dove abbiamo la dimensione psicologica e sociale della cura e dell'assistenza.



Quindi, se abbiamo una malattia estremamente acuta e se dobbiamo trattare pazienti affetti da malattie acute, è ovvio che dovremo dare molto più peso alla dimensione biologica e medica, ad esempio nel reparto di terapia intensiva o nel pronto soccorso. Al contrario, sul lato destro di questo spettro, se abbiamo malattie croniche molto gravi e malattie di vario tipo, anche la dimensione medica avrà la sua importanza, ma il peso maggiore questa volta sarà dato agli aspetti e alla dimensione psicologica e sociale per questi pazienti.

Quindi, se riusciamo a mettere insieme i due lati di questo spettro, possiamo dire che sul lato sinistro, nel caso delle malattie acute, avremo bisogno di poco coordinamento o di quello che abbiamo chiamato coordinamento professionale, mentre se ci spostiamo sul lato destro di questo spettro, nel trattamento e nell'assistenza ai pazienti con malattie croniche, avremo molto più bisogno di coordinamento perché dovremo gestire una grande complessità e dovremo fornire un'assistenza integrata e in questo contesto avremo davvero bisogno della cooperazione interprofessionale.

Riferimenti bibliografici

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Gestire la cura della salute e la cura della malattia. *Health Care Manage Rev.* 26(1):85-7.

EDUCAZIONE INTERPROFESSIONALE IN MYANMAR PRIMA E DOPO IL COLPO DI STATO

Zaw Wai Soe⁸⁸

Grazie, grazie mille a tutti per avermi permesso di partecipare a questo webinar internazionale sulla formazione professionale e interprofessionale. Sono Ministro della Sanità e dell'Educazione nel Governo di Unità Nazionale (NUG) democraticamente eletto ed ora in esilio.

Parlerò dell'istruzione interprofessionale in Myanmar prima del colpo di stato e dopo il colpo di stato. Penso che chi mi ascolta sia a conoscenza che l'educazione interprofessionale in Myanmar è un tema ancora poco sviluppato, sia nell'educazione primaria che in quella secondaria. La formazione medica, inoltre, si è basata su schemi antiquati imposti dalla lunga dittatura militare e durante il breve periodo di governo democratico era stato avviato un processo di riorganizzazione del percorso formativo, questo è molto primitivo in realtà nell'educazione prima in Myanmar. Il processo di riorganizzazione si basava su esperienze maturate in collaborazione con Università italiane ed Università giapponesi. Vorrei ringraziare a questo proposito gli organizzatori di questo convegno per l'impegno profuso in quel processo di riorganizzazione che tendeva ad un importante sviluppo dell'educazione interprofessionale in Myanmar.

Probabilmente tutti sapete che il Myanmar si trova in Asia tra Cina e India, che ha circa 57 milioni di abitanti, e che la composizione della popolazione è molto variegata con ben 135 gruppi etnici che parlano circa 100 dialetti.

Due anni fa i militari hanno ripreso il potere con un colpo di stato. Questo evento ha interrotto il percorso di collaborazione internazionale per lo sviluppo delle professioni sanitarie in Myanmar. Nel 2017 avevamo avviato un percorso didattico pilota in due università mediche in Myanmar. Abbiamo università mediche e università infermieristiche e tutte le università sono università autonome ed a causa di questa parcellizzazione nel paese sono presenti ben 164 università. Sulla base dei risultati della prima esperienza pilota

88 Traduzione e adattamento a cura di Clelia D'Apice

nelle due università, nel 2018 abbiamo ulteriormente rinnovato il programma di formazione dando molto spazio alla formazione interprofessionale e nel 2019 abbiamo coinvolto in questo percorso altre Università. Le Università mediche in Myanmar sono 14 e poi ci sono l'Università di infermieristica, di farmacia e tecnologia dentale e medica, di salute e medicina della comunità. Professionisti di tutte queste università erano stati coinvolti dal 2019 nello sviluppo interprofessionale della formazione in campo sanitario. Dal 2019 nel nostro paese convivevano corsi tradizionali e corsi innovativi interprofessionali avviati come corsi pilota. Era stato possibile così avviare delle analisi di confronto tra i due sistemi nelle nostre università mediche, di infermieristica, di farmacologica e tecnologica. Abbiamo utilizzato interviste prima e dopo l'avvio dei nuovi programmi, scritti riflessivi e presentazioni di poster cercando di coinvolgere nello sviluppo di un'istruzione interprofessionale anche esperienze di altri paesi del sud-est asiatico e del resto dell'Asia.



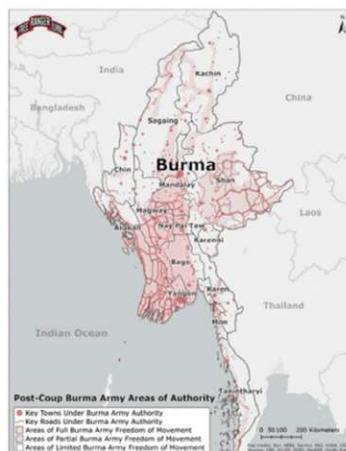
Speravamo in un futuro migliore per il Paese, ma, a causa del colpo di stato militare del 1° febbraio 2021, il futuro si è improvvisamente oscurato. Ecco perché protestiamo. Queste è la causa delle nostre proteste. Medici e infermieri e farmacisti e tecnici hanno deciso di aderire ad una protesta civile pacifica, ma alcuni di loro sono stati uccisi per questo. Abbiamo allora deciso di difenderci anche con le armi e di liberare il paese dall'oppressione militare.

Ora, dopo due anni, abbiamo ripreso il controllo di parte del paese. Questa mappa mostra l'estensione del territorio controllato dal NUG prima e dopo il colpo di stato.

Situation Maps:



Map 1: Pre-Coup Burma Army Areas of Authority



Map 2: Post-Coup Burma Army Areas of Authority

Attualmente controlliamo circa il 60% del territorio del paese. Naturalmente la maggior parte di questo territorio è composto da zone rurali. La nostra rivoluzione si basa sul federalismo, perché in un paese con 135 gruppi etnici e 100 dialetti senza federalismo e senza democrazia non possiamo essere un paese pacifico. Questo è documentato dal fatto che in Myanmar c'è una guerra civile da 70 anni che coinvolge diversi gruppi etnici. In seguito al colpo di stato militare però stiamo lavorando insieme, tutti i gruppi etnici stanno lavorando insieme. Le organizzazioni sanitarie etniche, autonome rispetto a quella nazionale, stanno lavorando insieme. Queste organizzazioni sanitarie etniche dopo il golpe stanno collaborando con il NUG e comprendono molti medici, infermieri, farmacisti e tecnici che avevano aderito al movimento di disobbedienza civile. Si nascondono, alcuni di loro sono sfollati, sono fuggiti dalle loro case, ma sono ben 3832 i medici, gli infermieri e anche gli altri operatori sanitari che stanno lavorando con il NUG rischiando anche la vita. Stiamo lavorando assieme

sia online che direttamente sul territorio. Naturalmente il lavoro a terra viene svolto in quel 60% di territorio che controlliamo ed in questi territori le organizzazioni sanitarie etniche e poi quei 3800 professionisti stanno lavorando insieme sul campo e stanno contribuendo a fornire assistenza online anche negli altri territori.

Nelle aree liberate possiamo contare su numerose istituzioni in cui lavorare. Abbiamo 66 ospedali dove possiamo eseguire operazioni, interventi chirurgici anche importanti e 159 cliniche e ospedali di frontiera oltre a 250 cliniche mobili che operano soprattutto dove si combatte. Poi con la telemedicina possiamo coprire circa il 96% del paese attraverso un programma online che ci consente di dare assistenza anche a persone del Myanmar in altri 15 paesi.

Dobbiamo lavorare così perché i militari ci uccidono e bombardano gli ospedali e persino le scuole. E per questo dobbiamo costruire anche dei bunker. Solo due mesi fa hanno bombardato un ospedale e fatto irruzione in altri ospedali. Siamo stati costretti a prendere i pazienti ed a portarli nei bunker ed abbiamo dovuto eseguire interventi chirurgici nel bunker.

Questo è quello che stiamo facendo ora in Myanmar.

Per quanto riguarda l'educazione sanitaria recentemente abbiamo potuto attivare una scuola di medicina online. Vorrei ringraziare l'Università di Parma e l'Università del Rio Grande do Norte in Brasile, perché ci sta aiutando con programmi di insegnamento online. Abbiamo anche supporto dalla Francia, dal Royal College del Regno Unito e dai professionisti della salute del Myanmar sparsi in tutto il mondo. Questi ultimi che abbiamo definito "la nostra diaspora" partecipano anche ai nostri programmi di formazione online.

Infine, abbiamo potuto organizzare i tirocini, l'istruzione sul campo, nelle aree etniche liberate ed in queste aree controllate dal NUG abbiamo anche istituito una nuova scuola di medicina ed una nuova scuola per infermiere. Qui, in questo momento possiamo avere un'educazione pacifica.

Nonostante il colpo di stato ogni fine settimana, sabato e domenica dalle 12:00 alle 14:00, riusciamo a mandare in onda un regolare programma interprofessionale di educazione sanitaria continua online o di educazione

medica. Il personale sanitario che sta lavorando sul campo può collaborare, siano essi specialisti o medici o infermieri o farmacisti o tecnici o operatori sanitari di comunità o operatori di pronto soccorso, tutti possono aderire a questo programma. Possiamo incontrarli ogni sabato e domenica online. Possiamo incontrarci tra di noi e scambiarci esperienze. Questo è un importante esempio di educazione interprofessionale. Impariamo gli uni dagli altri come contribuire ad affrontare un esercito disumano ed una crisi umanitaria. Stiamo mettendo in piedi un grande lavoro di squadra, e tutte le professioni coinvolte devono mettere a disposizione le loro competenze di lavoro con una comunicazione efficace. Stiamo imparando a relazionarci tra di noi, ad avere fiducia reciproca nelle rispettive competenze professionali, a condividere le informazioni, a definire obiettivi comuni. Stiamo organizzando in squadra il processo decisionale sul campo, anche là dove si sta combattendo, stiamo cercando in questo modo di trattare i pazienti che rischiano la vita. Per tutto questo è fondamentale la coesione del gruppo, la responsabilità collettiva condivisa, la collaborazione nella risoluzione delle situazioni conflittuali, la sensibilità etica e la capacità di leadership.

Credo che siano tante le cose che stiamo imparando mentre combattiamo.

Le difficoltà tuttavia ci sono. I militari fanno pressione sulle organizzazioni internazionali di aiuto umanitario, usano l'aids come arma ed anche la distribuzione dei vaccini viene utilizzata come arma. I finanziamenti sono insufficienti. Purtroppo ci manca un sostegno adeguato da parte dei paesi vicini, Thailandia, India, Cina. Tutto questo ci crea molti problemi e difficoltà ed a tutto questo si aggiungono la disumana privazione di cibo da parte dei militari, l'ostacolo alla diffusione di notizie, la carenza di fondi e quindi di manodopera, gli attacchi militari mirati alle cliniche, agli ospedali e agli operatori sanitari perché in questa rivoluzione la gran parte dei leader è costituita proprio dagli operatori sanitari.



Queste foto documentano il bombardamento degli ospedali. L'ospedale bombardato ed incendiato che si vede in questa immagine è uno degli ospedali che erano stati donati dal governo giapponese.

In questi due anni di feroce dittatura sono stati uccisi 80 operatori sanitari tra medici, infermieri, studenti di medicina e studenti di infermieristica. Altri 836 operatori sanitari sono stati arrestati e la loro assenza contribuisce alle nostre difficoltà. Abbiamo bisogno di ottenere aiuto internazionale. Chiediamo ai partner internazionali che avevano cooperato per il nostro sviluppo, oltre che di fornirci finanziamenti di cui abbiamo estremo bisogno, anche di aiutarci nell'accesso a Internet, di fornirci strumentazioni mediche e farmaci. Un sostegno per noi è anche il riconoscimento del governo di unità nazionale e la diffusione alla comunità internazionale delle informazioni sulle atrocità commesse dai militari.

Stanno uccidendo le persone. Dobbiamo salvare la vita delle persone. Stiamo lavorando insieme con spirito di squadra. Stiamo combattendo insieme con spirito cameratesco. Stiamo imparando l'educazione interprofessionale

Stiamo lavorando e combattendo.

Vinceremo.

Molte grazie per la cortese attenzione.



PARTE QUARTA

VERSO LA TRANSDISCIPLINARITA'

TRANSDISCIPLINARITA' IN SALUTE GLOBALE

Benedetta Armocida
Martina Valente
Alessandra Tisi
Clelia D'Apice
Beatrice Formenti

John è un uomo di cinquantacinque anni, giunto in Italia attraverso la rotta del Mediterraneo oltre un decennio fa. Vive irregolarmente per le strade di Roma, dopo che gli è stata negata la richiesta di protezione umanitaria. John è affetto da HIV e da diabete di tipo II, ma non lo sa. Durante una notte trascorsa in un centro di accoglienza, John ha avuto un malore; la sua glicemia era salita a livelli pericolosamente alti. Fu portato d'urgenza in ospedale, dove i medici diagnosticarono la sua sieropositività. John da quella notte non è più solo una persona socialmente vulnerabile, ma anche un paziente fragile. Oltre a non disporre di regolare documentazione, John non parla fluentemente l'italiano, non conosce l'offerta dei servizi sanitari e sociali e ha il timore di essere denunciato e rimpatriato dalle Autorità. Per soddisfare i bisogni di salute di John, non basta limitarsi alla sola offerta medica. È necessario adottare una serie di azioni che si rivolgono a diverse sfere, come quella sociale, culturale, educativa, legale, economica e giuridica, al fine di ottenere un risultato positivo per la sua salute.

Storia della Salute Globale

Per comprendere un concetto ampio come la salute globale, è importante considerare da dove proviene. La salute globale, così come la conosciamo oggi, ha origine nella storia dell'imperialismo, dei traffici commerciali, conflitti bellici e dei viaggi di esplorazione. Nel corso del XIX secolo, con l'espansione di potenze coloniali come Gran Bretagna, Francia, Germania, Paesi Bassi, Belgio, Italia, Portogallo e Spagna, crebbe anche l'importanza della medicina tropicale, quando i medici incaricati delle cure mediche di coloni e soldati incontrarono

per la prima volta malattie infettive sconosciute nel clima temperato europeo. L'obiettivo di occupare i Tropici con successo richiedeva condizioni di vita più sane e maggiori capacità nel controllo delle patologie infettive. La conoscenza dei complessi cicli vitali degli organismi patogeni determinò una nuova concezione che costituì il fondamento di una nuova disciplina, la medicina tropicale. Parallelamente, le organizzazioni religiose inviarono missionari nelle colonie per migliorare le condizioni di vita delle popolazioni indigene, convertirle al cristianesimo e offrire assistenza sanitaria.

Nel corso del tempo, l'espansione del commercio marittimo, la grande migrazione e lo sviluppo di diverse epidemie hanno portato alla necessità di prendere decisioni intergovernative coordinate in materia di salute internazionale. Le prime norme sanitarie riguardavano principalmente la protezione delle nazioni industrializzate dalle malattie provenienti dall'estero, la standardizzazione delle quarantene, le norme sanitarie marittime e la protezione dei colonizzatori (McInnes, Lee, & Youde, 2018).

Nel 1907, l'Office International d'Hygiene Publique si formò a Parigi e cominciò a raccogliere informazioni epidemiologiche in tutto il mondo, focalizzandosi sulla protezione del commercio e sul controllo delle malattie infettive attraverso la cooperazione tra le nazioni. Nel 1946, le Nazioni Unite (ONU) si riunirono e approvarono la Costituzione per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La Costituzione ridefinì la salute come uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità*. In questo modo, la salute nella sua forma sociale ed olistica iniziò a prendere forma, includendo i determinanti sociali della salute. Questi sono i fattori non medici che influenzano gli esiti sanitari, ossia le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono ed invecchiano, e il più ampio insieme di forze e sistemi che plasmano le condizioni della vita quotidiana. I determinanti sociali esercitano una grande influenza sulle disuguaglianze di salute, le differenze ingiuste ed evitabili nello stato di salute osservate all'interno e tra i paesi. La consapevolezza dei valori sociali, di equità e giustizia in salute sia all'interno che tra i paesi ha consolidato quella che conosciamo oggi come salute globale, definita da Koplan come

Un'area di studio, ricerca e pratica che pone come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità sanitaria per tutte le persone nel mondo. La salute globale pone l'accento su problemi di salute, determinanti e soluzioni transnazionali; coinvolge molte discipline all'interno e all'esterno delle scienze della salute e promuove la collaborazione interdisciplinare; è una sintesi di prevenzione basata sulla popolazione e di assistenza clinica a livello individuale (Koplan et al., 1995).

Con l'avvento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, lanciati nel 2000, e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, presentati nel 2016, si sottolinea ancora una volta l'importanza cruciale di un approccio transdisciplinare per migliorare la salute e il benessere globale.

Dall'interdisciplinarieta' alla transdisciplinarieta': definizioni ed esempi

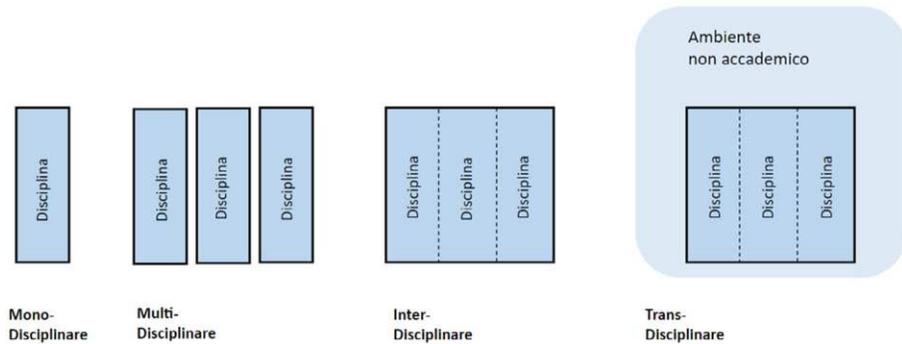
La letteratura riguardante gli studi in cui vengono implementate pratiche di integrazione di conoscenza appare fin da subito caratterizzata da una variegata e inconsistente nomenclatura. Nel calderone delle pratiche di integrazione di conoscenza si parla spesso indistintamente di approccio collaborativo, integrato, partecipativo, olistico, multisetoriale, multidisciplinare, interdisciplinare, transdisciplinare (Stock & Burton, 2011). Sebbene la collaborazione tra discipline per la risoluzione di problemi complessi sia alla base di tutte queste pratiche, ci sono differenze sostanziali che caratterizzano i diversi approcci. Tre termini sono più frequentemente utilizzati — multidisciplinarieta', interdisciplinarieta' e transdisciplinarieta' — e costituiscono una gerarchia di integrazione che vale la pena definire in questo capitolo.

La multidisciplinarieta' costituisce l'approccio meno integrato dei tre. Nella multidisciplinarieta', ricercatori ed esperti non oltrepassano i confini delle loro discipline di appartenenza, bensì contribuiscono alla risoluzione del problema attraverso la condivisione della loro prospettiva professionale. La conoscenza ed esperienza professionale dei singoli ricercatori ed esperti viene condivisa e riunita in un prodotto che non fonde le varie unita' di conoscenza, bensì le giustappone. Se pensiamo a John, ad esempio, un approccio multidisciplinare

implicherebbe il consultare diversi specialisti, come l'infettivologo, lo specialista di malattie metaboliche e il nutrizionista per l'aspetto sanitario, lo psicologo per accompagnarlo nella fase di accettazione delle patologie e un giurista per l'aspetto legale, i quali esporrebbero le loro soluzioni in base alle loro competenze professionali. Il risultato della giustapposizione delle conoscenze sarebbe la somma delle conoscenze dei singoli. La mancata integrazione delle conoscenze potrebbe produrre informazioni ridondanti, date dalla sovrapposizione delle competenze dei vari esperti, o anche eventualmente informazioni contraddittorie (Marzocca, 2014).

L'interdisciplinarietà va oltre la giustapposizione delle conoscenze, parlando invece di integrazione e collaborazione tra diverse discipline tecnico-scientifiche. L'approccio interdisciplinare, sempre più diffuso negli ultimi anni, contempla il dialogo tra i ricercatori ed esperti con l'obiettivo di raggiungere un obiettivo comune. Tornando all'esempio di John, l'approccio interdisciplinare prevede il dialogo e lo scambio tra i diversi esperti — in questo caso gli specialisti medici, lo psicologo e il giurista — per l'identificazione di punti di contatto, disaccordi e criticità, nonché la loro collaborazione per il raggiungimento dell'obiettivo finale: il miglioramento dello stato di salute di John (Canella, 1979).

La transdisciplinarietà è invece la forma massima di integrazione delle conoscenze. La sua caratteristica principale è che, al di là dell'integrazione di diverse discipline tecnico-scientifiche, essa prevede la collaborazione di stakeholders non-accademici (agricoltori locali, gestori del territorio, gruppi di pazienti, ecc.), spesso resa possibile da approcci di ricerca di tipo partecipativo. Il dialogo non resta più chiuso in una torre d'avorio, ma si espande, diventando un vero e proprio progetto condiviso tra scienziati e non scienziati. Riflettendo sull'esempio fatto in precedenza, oltre al coinvolgimento attivo e compartecipato di John, un altro importante gruppo di stakeholders è stato trascurato negli approcci multi- e inter-disciplinari, ad esempio gli operatori sociali che hanno in carico John, e le associazioni del terzo settore che stanno accompagnando John nel percorso di integrazione, i quali permetterebbero di integrare fonti di conoscenza non scientifica, bensì esperienziale, e quindi di aumentare la probabilità che il risultato finale sia un buon esito di salute.



Infografica, da Cummings et al. (2013).

Transdisciplinarieta' e ricerca in salute globale

Il ricercatore che si occupa di salute globale può sfruttare l'approccio transdisciplinare per fare luce su alcune delle più complesse e intricate sfide per la salute globale e orientarsi verso un metodo di ricerca pragmatico, volto alla risoluzione di problemi impossibili da risolvere adottando un approccio unicamente tecnico-scientifico.

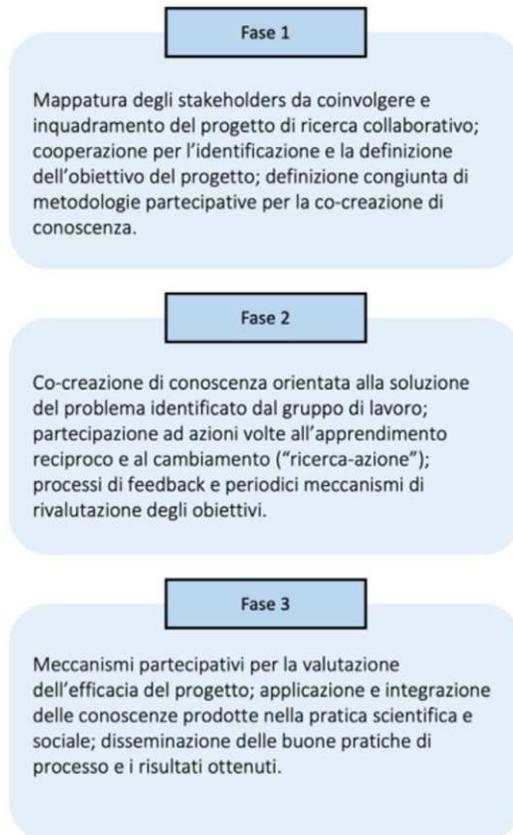
L'approccio transdisciplinare entra infatti in gioco quando si ha a che fare con problemi complessi, sfaccettati e persistenti ("wicked problems"), tipici di una società in continuo mutamento e dinamica, costretta a confrontarsi con sfide quali il cambiamento climatico, la globalizzazione e la crisi migratoria. Questi problemi sono complessi poiché non sono facilmente definibili, hanno al loro interno diversi meccanismi di feedback e vi sono in gioco interessi di diversi stakeholders.

Adottando una prospettiva transdisciplinare, il ricercatore non deve utilizzare gli strumenti offerti dalla scienza per fare luce sulle dinamiche del mondo reale, quanto piuttosto diventa un facilitatore della co-creazione di nuova conoscenza tra discipline e settori differenti. Questo innesca un processo di apprendimento reciproco tra ricercatori e stakeholders non accademici, un processo in cui le conoscenze diventano trasferibili attraverso la partecipazione e la collaborazione. L'apprendimento che deriva dal processo di ricerca è il primo risultato della ricerca stessa e il passo iniziale verso il cambiamento.

Un altro importante risultato che si ottiene nel processo di ricerca transdisciplinare è l'aumentata legittimità del progetto stesso, nonché

l'appropriazione da parte degli stakeholders del problema e delle soluzioni co-create insieme (Lang et al., 2012) . L'approccio democratico alla creazione di conoscenza, i principi di partecipazione e collaborazione con diversi gruppi, l'empowerment delle minoranze, l'orientamento verso la risoluzione di problemi reali e l'approccio bottom-up sono caratteristiche chiave della transdisciplinarietà e la rendono uno strumento adeguato per la ricerca nell'ambito della salute globale.

Semplificando, tutto questo si può concretizzare considerando tre macro-fasi della ricerca transdisciplinare:



Infografica, da Lang (2012)¹⁹⁹

La ricerca transdisciplinare in Italia è ancora poco diffusa, con sporadici progetti transdisciplinari di ricerca-azione implementati negli ultimi anni. La

natura settoriale in cui opera la ricerca scientifica in Italia, insieme all'inconsistenza terminologica, fanno sì che sia difficile fare una raccolta di buone pratiche di ricerca transdisciplinare. La collaborazione tra settori e l'orientamento alla pratica rendono inoltre difficile disseminare queste esperienze attraverso i canonici canali di diffusione scientifica (es: le riviste scientifiche), le quali prediligono la pubblicazione di articoli dal disegno più lineare. Basti pensare che le parole "transdisciplinarietà" e "Italia" generano solamente 15 risultati su PubMed, la maggior parte dei quali pubblicati dal 2019 ad oggi.

Transdisciplinarietà ed educazione

Un luogo essenziale dove "allenare" ricercatori presenti e futuri alla transdisciplinarietà nel settore della salute globale è sicuramente quello delle università, dove, tradizionalmente, il sapere è tramandato in maniera settoriale perché inglobato in silos indistruttibili. Tuttavia, visti i problemi complessi che la nostra società odierna è chiamata ad affrontare – primo ma non unico quello della pandemia – l'approccio transdisciplinare diventa sempre più fondamentale, non solo come strumento di ricerca ma anche di educazione.

Tuttavia, cosa significa e come si presenta la transdisciplinarietà nell'ambiente universitario? Come si può educare alla transdisciplinarietà? E per ultimo, cosa significa e quali sono le "competenze transdisciplinari" necessarie da acquisire? Le esperienze di alcune realtà universitarie americane potrebbero essere utili nel rispondere a queste domande ed offrire un esempio da seguire per un sistema educativo più inclusivo, critico ed al passo con le sfide contemporanee.

Un esempio è quello del Master in Salute Globale offerto dalla Brown School dell'Università di Washington, il cui curriculum è plasmato sulla capacità di risolvere a livello transdisciplinare determinati problemi di salute globale. Accanto a corsi più tradizionali, i corsi in "transdisciplinary problem solving in public health" (TPS) offrono a studenti provenienti da varie discipline di interagire tra di loro in lezioni-seminari, permettendo loro non solo di aumentare la propria consapevolezza sull'importanza che ogni disciplina può avere nel contesto specifico della salute globale, ma anche di ottenere un'educazione unica nel suo genere (McBride & Haire-Joshu, 2013).

Basandosi sull'idea di transdisciplinarietà promossa da Daniel Stokols, lo scopo dei corsi in TPS è quello di fornire un'educazione alla salute globale che sia: ottenuta attraverso una stretta collaborazione tra mondo accademico (studenti ed insegnanti) e non (comunità affette da particolari problemi, stakeholders non accademici, leaders); completa, partendo dalla scienza più concreta fino ad arrivare alle sfide sociali, politiche ed organizzative che possibili soluzioni devono considerare; pratica, l'educazione degli studenti è orientata alla risoluzione innovativa di problemi reali (Lawlor et al., 2015).

Ogni corso di TPS inizia identificando i molteplici fattori che influenzano uno specifico problema di salute globale ed analizzando come questo venga definito e studiato in varie discipline. Per esempio, un corso sull'obesità esamina come essa sia influenzata dai batteri del microbiota, dai meccanismi che regolano il metabolismo, dallo stile di vita (dieta ed attività fisica), fino ad arrivare alle varie politiche agricole ed economiche e al ruolo che le regole sul marketing del cibo giocano in questo problema. Acquisire consapevolezza di come vari sistemi – spesso anche molto lontani tra di loro – in realtà interagiscono e comunicano è fondamentale per avere una visione realistica della complessità del problema. A questo punto si può passare alla fase successiva, che è quella risolutiva. Un contributo importante durante tutto il percorso è quello dato dalla presenza di partner/enti non accademici, pronti a valutare la fattibilità della soluzione transdisciplinare fornita dagli studenti.

Grazie alla partecipazione a questi corsi, gli studenti ottengono competenze fondamentali per la loro educazione transdisciplinare, come: la capacità di capire e spiegare la complessità di problematiche contemporanee perché in grado di analizzarle da prospettive e discipline diverse; la capacità di definire problemi e sviluppare metodi risolutivi che tengano in considerazione l'impatto del problema su varie discipline; la capacità di utilizzare approcci transdisciplinari per comunicare con stakeholders ed influenzare politiche e pratiche pubbliche (Choi & Pak, 2006, Oslo Ministerial Declaration, 2007).

Un modo ottimale per acquisire queste competenze è attraverso la produzione di elaborati (es. finte proposte politiche), lavori di gruppo o dibattiti in classe su letture (magari provenienti anche da ambiti differenti da quello

accademico per comprendere meglio i punti di vista altrui) assegnate per casa. Utili per i dibattiti/discussioni in classe possono essere una serie di domande che incentivano gli studenti a pensare oltre la propria disciplina, come: quali discipline non rappresentate nella lettura potrebbero essere utili per raggiungere una soluzione? Perché è importante includere prospettive differenti nella realizzazione della soluzione al problema? Cosa rende l'approccio menzionato nell' articolo transdisciplinare? Grazie ai lavori di gruppo gli studenti imparano ad interagire con persone che hanno una preparazione diversa, esercitando così le proprie capacità di negoziazione, collaborazione e compromesso. In questo modo, vista la varietà e la diversità di ciascun compito, gli studenti sono stimolati non solo ad imparare, ma anche a mettere in pratica le competenze transdisciplinari acquisite (Choi & Pak, 2006).

Criticita'

Molteplicita' di terminologie

Una prima criticità riscontrata è nell'utilizzo di molteplici termini per identificare una stessa definizione. Un consenso sulla terminologia sarebbe un passo essenziale per determinare la corretta identificazione delle priorità, delle barriere e la possibilità di attivare modelli di ricerca ed educativi che rappresentano nella completezza la definizione del transdisciplinarità. Questa stessa problematica la riscontriamo anche nella definizione stessa di salute globale di Koplan che dovrebbe essere aggiornata e includere la transdisciplinarità come elemento cardine.

L'educazione in salute globale come esclusiva del percorso in medicina – il contesto italiano

In Italia, l'educazione transdisciplinare in salute globale continua ad essere limitata a poche realtà. Nonostante, nel 2007, grazie allo stimolo dato dal progetto europeo "Equal opportunities for health" e dalla partecipazione attiva degli studenti in medicina a livello nazionale, si venne a creare la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), un network

nazionale che comprendeva istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione in Salute Globale, questa importante esperienza non ha ancora avuto un seguito. Ciò che emerge sul territorio italiano è l'unilateralità dell'educazione della salute globale verso studenti provenienti da background sanitari, particolarmente percorsi di studio in medicina. Molta della letteratura sull'educazione della salute globale in Italia, analizza prevalentemente l'integrazione della salute globale in medicina. Ciò non è in linea con l'obiettivo principale del salute globale che

riguarda lo stato di salute e i reali bisogni della popolazione mondiale, nonché i suoi determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici e ambientali, così come il rapporto tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità e diplomazia internazionale (Civitelli et al., 2020).

In cui si riporta che

data la complessità di tali questioni, l'approccio della salute globale è necessariamente transdisciplinare e multimetodo, basato sul contributo delle scienze naturali, biomediche e sociali e delle scienze umane. [...] Adottando una visione transnazionale, il GH evidenzia le disuguaglianze di salute sia all'interno dei Paesi che tra di essi, inquadrando anche attraverso la lente della giustizia sociale.

Se nelle stesse definizioni sono incluse oltre alle scienze biomediche anche quelle naturali, sociali e umane, perché continuare a settorializzare la salute globale alla medicina?

È ragionevole e necessario ripensare alla formazione medica includendo la salute globale, ma ciò dovrebbe essere esteso a molte altre discipline. Inoltre in linea con la definizione di transdisciplinarietà, la letteratura riporta che la salute globale non è solo un campo accademico, ma *promuove un'etica della responsabilità sociale per le istituzioni, i professionisti e gli individui coinvolti, abbraccia i campi della ricerca, della pratica e della ricerca, della pratica e dell'educazione, con l'obiettivo di produrre cambiamento*

nella comunità e nell'intera società, e portare l'evidenza nella pratica, riducendo così il divario tra sapere e fare (Pablos-Mendez et al., 2005). Perché confinare la salute globale nei silos accademico?

La rigidità del mondo del lavoro - il professionista di salute globale nel contesto italiano

Ripensare un'educazione transdisciplinare diventa una questione di equità e uguaglianza sociale che si ripercuote anche nell'ambito lavorativo. La barriera disciplinare infatti si ripresenta successivamente nelle possibilità di carriera lavorativa. Molti professionisti in salute globale, che non rientrano nei criteri di professioni sanitarie, particolarmente con un background medico, trovano ostacoli strutturali nell'iniziare una carriera idonea al proprio profilo professionale, e spesso la rigidità del sistema lavorativo non riesce ad inquadrare ed assorbire queste risorse in una figura professionale adeguata. Infatti, se già si devono affrontare delle complessità nell'inserirsi nel mondo del settore della salute globale in Italia, questo è affiancato a concorsi con titoli di studio limitati alle professioni sanitarie e un'effettiva complessità dell'inquadramento della figura professionale. Un esperto in salute globale con un background umanistico, dovrebbe essere categorizzato e settorializzato nell'ambito sociale/umanistico o sanitario? Questo implica inevitabilmente una difficoltà di progressione di carriera, nonché una discriminazione verso quelle che sono figure professionali altamente specializzate in materie trasversali, quali la salute globale. Risulta necessario iniziare a un processo di rinnovamento del contesto lavorativo, per consentire una maggiore flessibilità di inquadramento e possibilità di carriera a tutte le professionalità in salute globale.

La mancanza di un sistema strutturato per il monitoraggio e valutazione della transdisciplinarità

Considerando quanto detto sulla transdisciplinarità, le forme tradizionali di valutazione della ricerca non sono più sufficienti e gli indicatori non sono adeguati. Sono necessari indicatori, quantitativi o qualitativi, che si adattino a ciascun contesto specifico e che riescano a descrivere la

complessità della transdisciplinarità (van Drooge & Spaapen, 2020). È quindi necessario un approccio diverso alla valutazione, e anche questa dovrebbe essere uno sforzo congiunto. Tale valutazione è finalizzata in primo luogo a migliorare la comprensione collaborativa del processo congiunto e in secondo luogo a valutare i progressi verso l'obiettivo sociale comune. Attualmente, nonostante l'attenzione alla valutazione di come l'interdisciplinarietà e la transdisciplinarità verranno attuate nei vari contesti e progetti di ricerca, i meccanismi di monitoraggio e valutazione rimangono ancora obsoleti e ancorati su sistemi monodisciplinari, tenendo conto raramente del grado di partecipazione e collaborazione messi in atto e dell'effettiva partecipazione del cittadino e dello stakeholder.

Verso la transdisciplinarità'

L'esempio di Saluteglobale.it: tra transdisciplinarità, cooperazione e democratizzazione della conoscenza

Saluteglobale.it è un'associazione di promozione sociale, impegnata nella promozione del diritto alla salute per tutti e nella diffusione di tematiche di salute globale, attraverso attività di informazione, formazione, educazione specializzata e ricerca scientifica.

La start-up no profit nasce nell'aprile del 2017 da un gruppo di professionisti uniti da interessi e obiettivi condivisi, come il desiderio di sostenere la conoscenza della salute globale in Italia.

Il nucleo iniziale si è costituito all'interno del Corso di Politiche Globali per la Salute della Laurea Specialistica in Programmazione e Gestione dei Servizi Sociali (PROGEST) dell'Università Milano-Bicocca e del Corso di perfezionamento in Medicina Tropicale e Salute Internazionale dell'Università di Brescia, e si ispira all'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), di cui Saluteglobale.it cerca di mantenerne viva l'eredità culturale.

Sin dagli inizi, Saluteglobale.it cerca il coinvolgimento di diversi stakeholder e definisce la propria missione, visione e il progetto collaborativo, che tutt'oggi cerca di portare avanti. Il team dell'associazione si compone di un gruppo dinamico, appassionato, multidisciplinare di giovani professionisti,

uniti da una visione comune di voler ampliare progressivamente il coinvolgimento e l'impegno della cittadinanza per l'affermazione del diritto alla salute, senza lasciare nessuno indietro.

La cooperazione per l'identificazione e la definizione dell'obiettivo comune e la definizione delle attività da realizzare si fondano su metodologie partecipative con l'obiettivo di co-creazione di conoscenza. La partecipazione, l'identificazione nel gruppo, l'apprendimento reciproco e la ricerca di contaminazione con ambiti diversi, rende l'associazione un esempio di transdisciplinarietà applicata in salute globale.

Nelle prime fasi di sviluppo come associazione le sfide da affrontare nella creazione di un gruppo unitario e pro-attivo sono state molteplici, come anche le difficoltà di incontro tra persone tra loro diverse per formazione, provenienza geografica, prospettive e storia professionale. La comune visione della diversità come ricchezza ci ha spinto a sviluppare un approccio cooperativo, innovativo, dinamico e transdisciplinare, un modello di lavoro che valorizza la diversità, ci unisce intorno a valori e obiettivi comuni creando senso di appartenenza.

La modalità gestionale, che si fonda sulla partecipazione volontaria, paritaria ed equa su un approccio transdisciplinare, rende Saluteglobale.it un modello cooperativo per costruire conoscenza transdisciplinare e democratica sulla salute globale a diversi livelli - giovani, lavoratori e professionisti di ogni settore, rappresentanti delle istituzioni e la popolazione in generale.

Facendo proprio l'obiettivo dell'equità nel perseguimento della salute per tutti, la strategia di Saluteglobale.it è quella di creare coesione e connessione, in cui la diversità sia valorizzata, creando un ambiente equo, solidale e giusto, dove la conoscenza venga creata e stimolata per essere condivisa democraticamente.

La transdisciplinarietà nella presa in carico dei servizi

Come abbiamo osservato nei paragrafi precedenti, John necessita di un'assistenza che vada oltre la sua condizione clinica e che tenga conto della sua dimensione psicologica, sociale, economica e legale, in un'ottica di

cura centrata sulla persona. Ciò può essere attuato attraverso un'appropriate integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, in cui come definito nel DM77 (Ministero della Salute, 2022) un'equipe multiprofessionale prende in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità. Sarebbe ancora più appropriato parlare di un approccio transdisciplinare, che condivide le responsabilità e le decisioni direttamente con il paziente e coinvolgendo altri attori della comunità che partecipano al benessere di John (ad esempio associazioni del terzo settore o referente religioso), in una visione di assistenza coordinata, integrata e continua, incentrata anche sull'empowerment della persona e in cui John è parte attiva del processo. Infatti, il Percorso assistenziale transdisciplinare si indirizza alla persona con un approccio di salute globale, in cui la comunicazione, la formazione, l'educazione e l'autodeterminazione siano pilastri essenziali per l'attuazione di interventi diretti a migliorare il benessere fisico, mentale ed emotivo, e in cui i determinanti sociali di salute siano centrali. Come riportato nel DM 77: *l'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità [...]. Quest'ultime sono un punto di raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito*. In questo contesto è importante menzionare anche i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), definiti dalla legge 234/2021 come i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti (Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, 2022). Parallelamente, bisognerebbe riorientare il sistema verso un approccio transdisciplinare di promozione della salute, che dia centralità a strategie di empowerment e capacity building, dove la popolazione possa essere sensibilizzata e responsabilizzata, favorendo una partecipazione attiva. In questo ambito risulta essenziale lavorare sull'educazione, l'alfabetizzazione sanitaria e la sensibilizzazione attiva. Quest'ultima può essere attuata

esclusivamente attraverso un'efficiente comunicazione, definita dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Ministero della Salute, 2020) come uno strumento strategico per le politiche di prevenzione e promozione della salute. L'obiettivo quindi è quello di coinvolgere attivamente e responsabilizzare John, in quella visione di empowerment come “un processo di azione sociale attraverso il quale gli individui, le comunità e le organizzazioni acquisiscono competenze sulle proprie vite al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita” (Wallerstein, 2006).

Conclusioni

Oggi più che mai, la transdisciplinarietà in salute globale è estremamente importante. Ciò è dovuto alla necessità di affrontare problemi complessi e sfaccettati, che richiedono una collaborazione e integrazione di più discipline e settori. Abbiamo visto come la dimensione transdisciplinare si realizza attraverso una assimilazione reciproca di conoscenza tra i soggetti e la collaborazione sinergica. Siamo un'orchestra, in cui ognuno suona una parte dello spartito, utilizzando vari suggerimenti ricevuti dai colleghi e lavorando insieme per trasmettere consonanza e armonia in una sinfonia. La transdisciplinarietà ci consente di pensare alla conoscenza in modo rivoluzionario, non richiedendo una conoscenza esaustiva di tutte le discipline, ma il “*comprendere come la conoscenza viene creata*”. È giunto il momento di collaborare attivamente nella creazione ed evoluzione al nuovo approccio di contaminazione dei saperi, al fine di rispondere alle sfide sempre più complesse del nostro tempo.

Ora sta a noi attuare questa democratizzazione della conoscenza.

Riferimenti bibliografici

Canella, G. (1979). L'ospedale tra storia interna e storia esterna. *HINTERLAND L'architettura della salute*; (9-10).

Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine. Medecine clinique et experimentale*, 29(6), 351-364.

Civitelli, G. et al. (2020). Medical education: an Italian contribution to the discussion on global health education. *Globalization and health*, 16(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12992-020->

00561-8

Cummings, S. et al. (2013). Proposing a fifth generation of knowledge management for development: investigating convergence between knowledge management for development and transdisciplinary research. *Knowledge Management for Development Journal*, 9(2), 10-36.

Lang, D. J. et al. (2012). Transdisciplinary research in sustainability science: practice, principles, and challenges. *Sustainability science*, 7, 25-43. <https://doi.org/10.1007/s11625-011-0149-x>

Lawlor, E. F. et al. (2015). Methodological innovations in public health education: transdisciplinary problem solving. *American journal of public health*, 105 Suppl 1(Suppl 1), S99–S103. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302462>

Pablos-Mendez, A. et al. (2005). Knowledge translation in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (10).

Marzocca, F. (2014). Il nuovo approccio scientifico verso la transdisciplinarietà. *Quaderno Mythos. Psicoantropologia simbolica*. Edizioni Mythos. Disponibile presso: https://ciret-transdisciplinarity.org/biblio/biblio_pdf/eBook_Transdisciplinarity.pdf

McBride, T. D., & Haire-Joshu, D. (eds.). (2013). *Transdisciplinary public health: Research, education, and practice*. John Wiley & Sons.

McInnes, C., Lee, K., & Youde J. (2018). The History of International Health: Medicine, Politics, and Two Socio-Medical Perspectives, 1851 to 2000” In *The Oxford Handbook of Global Health Politics*

Ministero della Salute. (2020). Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile presso: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf

Ministero della Salute. (2022). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Decreto ministeriale 23 maggio 2022. n. 77.

Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PNNA 2022-2024). (2022). Disponibile presso: <https://www.cisl.it/wp-content/uploads/2022/09/All.-2-PNNA-2022-2024def.pdf>

Stock, P., & Burton, R. J. (2011). Defining terms for integrated (multi-inter-trans-disciplinary) sustainability research. *Sustainability*, 3(8), 1090-1113. <https://doi.org/10.3390/su3081090>

Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. Disponibile presso: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>

WHO - World Health Organization. ([s.d.]). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/269501>

Van Drooge, L., Spaapen, J. (2022). Evaluation and monitoring of transdisciplinary collaborations. *J Technol Transf* 47, 747–761 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10961-017-9607-7>

In questo capitolo si farà riferimento al ruolo dei determinanti e della determinazione sociale della salute, a quali strumenti sono necessari ed all'ibridazione interdisciplinare tra salute pubblica e antropologia medica di cui si discute al Centro di Salute Internazionale (CSI) di Bologna.

Verranno poi riportati esempi di operazionalizzazione della transdisciplinarietà tratti da una ricerca azione sulle disuguaglianze di salute a Bologna.

Nel contesto italiano affrontare la salute e le tematiche di salute globale e locale con un'ottica inter e trans-disciplinare non è qualcosa di particolarmente comune.

La storia del Centro di Salute Internazionale (CSI), del suo gruppo di ricerca e dell'attivismo che lo contraddistingue, inizia più di quindici anni fa con l'analisi e il confronto tra il sapere medico e il contesto sociale dove, secondo la nostra visione, doveva essere applicato.

Molti di noi, studiando medicina, si sono appassionati allo studio di problematiche di salute globale come quelle legate alle disuguaglianze, documentate ad esempio dal fatto che in alcuni Paesi l'aspettativa di vita fosse di 40-45 anni e in altri di 80 anni, o problematiche legate alla constatazione che ci fosse un perdurare di patologie totalmente evitabile e controllabile in diversi contesti.

Cimentandoci con il nostro sapere medico nel cercare di interpretare il motivo per cui queste disuguaglianze erano non solo presenti, ma in parte anche in aumento, ci siamo trovati senza risposte.

Negli stessi anni in cui il fenomeno migratorio in Italia prendeva piede, questa correlazione molto stretta tra contesto sociale, contesto di vita e patologia evitabile è diventata evidente, anche senza viaggiare molto, ma osservando cosa succede nelle nostre città.

89 Trascrizione a cura di Federica Sorrentino

Sempre durante quegli anni, emergeva a livello globale un movimento sociale molto forte, che denunciava la responsabilità di un ordine mondiale improntato alla globalizzazione neoliberista nell'anteporre una egemonia di logiche di mercato e di profitto alle logiche dei diritti.

Il gruppo di ricerca del CIS ha potuto, da un lato, sperimentare i limiti della propria disciplina, quella medica e porre rimedio ai problemi visibili, dall'altro lato, mettersi in ascolto. Si è trattato di un movimento che in Italia ha avuto diversi momenti di immersione e la capacità di entrare in contatto diretto con le voci, i saperi, le esperienze di chi viveva le problematiche osservate. Ciò ha permesso di produrre una lettura dal sud del mondo che riflette quelle stesse problematiche.

Tutto questo mix di esperienze ha portato il gruppo di ricerca prima di tutto a riconoscere i limiti della lettura che la medicina ci aveva insegnato su cos'è salute e cos'è malattia.

Dall'economia politica, dall'antropologia medica e dalle scienze sociali sono arrivati contributi molto importanti che hanno consentito di colmare le lacune e anche di aiutare a ricostruire un sapere della salute che potesse diventare spendibile per comprendere le cause delle malattie.

Tutta la storia del CSI si fonda su questa ibridazione tra la sanità pubblica, la medicina sociale e l'antropologia medica.

Un'altra sottolineatura nella nostra biografia collettiva è rappresentata dall'incontro con la produzione intellettuale e politico-scientifica intorno alla salute collettiva, proveniente dal contesto latino americano.

Molto importante ancora è stato evidenziare una forma di interdisciplinarietà, o transdisciplinarietà, ovvero che il nostro sapere (inteso come persone che si formano in medicina) non è solo monodisciplinare, ma è anche connotato da una storia politica o geopolitica ben precisa.

Banalmente, l'accesso alle fonti di produzione intellettuale altamente qualificata sulla salute che non sono disponibili in lingua inglese è di fatto oscurato alla nostra conoscenza. Finché uno non le cerca attivamente, vengono ignorate sistematicamente. Relativamente all'oggi, il nostro sistema accademico non valorizza e non consente l'interdisciplinarietà. Risulta molto problematico lavorare in accademia in un contesto di ibridazione disciplinare, poiché le carriere accademiche sono fondate sul riconoscimento delle singole discipline. Per esempio,

se si pubblica al di fuori dal proprio settore scientifico disciplinare, questa cosa non viene valorizzata. Nonostante queste difficoltà all'interno del nostro gruppo di ricerca lavorano sia persone con una formazione medico-sanitaria, sia con una formazione in scienze sociali, in particolare in antropologia.

Questa impostazione, che si è consolidata negli anni riuscendo a tenere in conto di diversi saperi, si è dotata anche di una serie di metodologie ibridate con cui oggi noi lavoriamo.

L'esempio concreto che vorrei portare, a testimonianza del fatto che questo approccio è spendibile nel concreto, è il lavoro che abbiamo svolto sulle disuguaglianze di salute a Bologna. Abbiamo voluto affrontare una problematica di salute e di equità in salute con l'obiettivo non solo di produrre sapere, ma di produrre una trasformazione.

In questo senso un approccio transdisciplinare e le diverse metodologie hanno consentito di lavorare sul campo nella città di Bologna, e quindi di andare non solo a dimostrare con gli strumenti dell'epidemiologia che la salute e la malattia a Bologna non sono distribuite in maniera uniforme, ma che si concentrano nelle aree della città dove è maggiore lo svantaggio sociale.

Attraverso gli strumenti dell'etnografia è stato possibile analizzare le situazioni locali micro che comportano la riproduzione di queste disuguaglianze. Si è trattato di coinvolgere gli attori territoriali (servizi, terzo settore, persone e cittadini) nel condividere i saperi anche esperienziali sulla propria realtà vissuta, nel mettere a sistema sinergie e nell'immaginare risposte integrate verso l'equità in salute.

Mi piace concludere con l'auspicio che qualcosa cambi. In Italia scontiamo tantissimo una formazione che continua a produrre in maniera inesorabile una forte compartimentazione dei saperi, delle professioni, e che risulta sempre più inadeguata a rispondere a problematiche che si presentano complesse e integrate. In altre parole, non è possibile pensare di risolvere o affrontare il tema delle disuguaglianze in salute senza avere una lettura che riesca a mettere a sistema tutto quello che è l'intreccio forte tra storia della persona, la biografia e determinanti della persona, biografia e determinanti del contesto e contesto relazionale del servizio e delle istituzioni, in cui può giocare tanto lo svantaggio, quanto invece l'azione di contrasto e in direzione dell'equità.

Nelle società tradizionale la malattia è percepita come una fuoriuscita dal ciclo dell'universo. Essere ammalati, quindi, non presuppone solo la percezione di un dolore fisico ma, soprattutto, come si dice in Appennino, la sensazione di non essere più buoni a niente, la frustrazione del sentirsi non più partecipi al ritmo del mondo, non più collegati all'universo. Se la malattia comporta una distrazione dal tutto, guarire significa ritornare al proprio posto. Occorre qualcuno che, attraverso un rito adatto, sia capace di recuperare il malato, lo vada a riprendere anche molto lontano, addirittura in altri mondi. Le guaritrici tradizionali si incaricano di questo; sanno apparecchiare un rito, al tramonto, quando il sole tocca i monti, per riportare a casa chi, con la malattia, si perde. E lo fanno con simboli e parole ben note all'ammalato che non è paziente ma protagonista della propria guarigione. Se la medicina scientifica, a un certo punto, è diventata incomprensibile – il medico scrive male per antonomasia e il linguaggio del bugiardo è ostico e troppo specifico – le guaritrici popolari condividono simboli e parole con l'ammalato.

È normale, infatti, per tutti gli individui della società tradizionale, guardare alla luna e ai suoi quarti per agire o interpretare il mondo. Il rito di guarigione viene allestito in un tempo fuori dal tempo, un tempo eccezionale, un frattempo, quando non c'è né chiaro né scuro. In queste vie di mezzo, nel momento indefinito avviene l'incredibile. L'intero universo è chiamato a raccolta e partecipa, si predispone alla cura; la luna, il sole, l'acqua, il fuoco e il mondo simbolico cooperano per accogliere di nuovo il malato, riportarlo e riaccoglierlo lì, dove il male l'aveva rapito. Curare, in questo senso, significa riportare a casa. E la guaritrice non è altro che l'intermediaria tra il malato e l'universo. I mali sono dinamici, si spostano, corrono, sono sessualmente diversi, mali maschi e femmina, sono ospiti permalosi che non vanno offesi. La guaritrice non entra in guerra con loro, non cerca di annientarli, sconfiggerli, distruggerli; con i segni e, soprattutto, le parole, li addomestica, li ammansisce e li convince a spostarsi, andarsene altrove.

Le formule sono in rima baciata per aumentare la cantabilità, cantilene in cui non è tanto importante il significato ma il ritmo. Sono frasi reiterate, monotone. La brava guaritrice, una volta che il male si rivela, anche in modo cromatico con chiazze rosse o bluastre, lo circonda con simboli a croce per fermarlo, circoscriverlo, limitarlo. Non chiude mai il cerchio, proprio come un demone, un animale selvatico, se il male si sentisse chiuso in trappola diventerebbe ancor più cattivo, tanto da scavare sottopelle e far morire. La guaritrice ne è consapevole e gli lascia sempre un varco, una via di fuga, per potersene andare quando vuole, una volta incantato.

Nelle formule si rivelano due mondi; quello precristiano, di una donna forte, che si esprime all'imperativo e conosce le leggi, i legami che governano l'universo: "io ti segno e ti scaccio dove non si sentono cristiani parlare, galline raspate..." e quello cattolico, appiccicato per convenienza, per essere tollerate: "prego la santissima trinità che ti renda la sanità". La Chiesa non ammetteva una donna forte, che non pregava, una donna che si rivolgeva ai mali all'imperativo. I sacerdoti spesso avvertivano che "chi segna non va in Paradiso", eppure i passaggi salienti per diventare guaritrici, avvengono nei momenti fondamentali del rito ecclesiastico.

Durante il battesimo si fanno stringere ai neonati, nel pugno della mano destra, i simboli che avranno in virtù di poter segnare, seguendo una simbologia molto attenta per cui il simile scaccia il simile: un carbone per il fuoco, una rosa per l'erisipela, una forchetta per il male fella forchetta, uno stelo di avena per la vena torta e così via. All'età di nove, dieci anni, durante la notte di Natale a mezzanotte, alcuni di questi bambini vengono affiancati dalla guaritrice anziana che, spesso davanti al camino, gli insegna finalmente le formule. Le parole non possono essere scritte perché devono essere libere di correre così da sciogliere, risolvere i mali; occorre impararle a memoria e non sbagliarle mai.

È questa la virtù, considerata al tempo stesso fortuna e maledizione; non prevede ricompensa in denaro ma è consuetudine fare un'offerta libera alla guaritrice per non sentirsi in debito. Ancora oggi, in alcune comunità, il ricorso alle guaritrici tradizionali è frequente, soprattutto per mali ancora molto presenti come il fuoco di sant'Antonio e la storta.

SVILUPPARE MODELLI EDUCATIVI E CLINICI DI CURA SPIRITUALE INTERPROFESSIONALE: UNA COMPONENTE ESSENZIALE DELLA CURA INTEGRALE DELLA PERSONA

Christina M. Puchalski

Utilizzando la mia esperienza di medico specialista in oncologia, in cure palliative, in medicina interna e di docente della Facoltà di Medicina dell'Università George Washington, ho contribuito a fondare nel 2001 il George Washington Institute for Spiritual Health (GWish), che attualmente dirigo, che si occupa dello sviluppo di modelli educativi e clinici riproducibili per integrare nella assistenza medica e nella cura la spiritualità come parte fondamentale del trattamento della persona nella sua interezza corpo, mente e spirito, attraverso la ricerca, le scuole di medicina, i programmi di sviluppo professionale e la politica sanitaria globale.

Questa necessità nasce dall'osservazione che nel sistema sanitario odierno la cura del fisico è separata dalla cura dello spirito: i pazienti, le famiglie e gli operatori soffrono, spesso da soli. I medici esposti all'osservazione della sofferenza possono sviluppare sindromi da stress e distacco emotivo, pur di riuscire a rimanere presenti nel loro ruolo. Alla luce di queste considerazioni, corredate da evidenze scientifiche, diventano sempre più necessari modelli che prendono in considerazione non solo la cura del corpo ma anche dello spirito dei pazienti.

Si fanno quindi strada modelli di cura spirituale e di educazione e formazione alla cura spirituale per aiutare a reintegrare la speranza e la guarigione nell'assistenza sanitaria. Questi modelli sono utili altresì per orientare i professionisti sanitari alla prevenzione degli effetti causati dall'esposizione continua alla sofferenza che altrimenti li costringe spesso a adottare un atteggiamento distaccato per riuscire a portare avanti il proprio compito nell'assistenza sanitaria.

Wish: From Curricular Awards to Competencies to Reflection Rounds

<ul style="list-style-type: none"> • 1992 - first formal elective course in Spirituality and Health, GW • 1995 - JTF Award Program in Spirituality and Health begins (medical school, psychiatry and primary care residency programs)
<ul style="list-style-type: none"> • 1999 - MSOP report: consensus conference with AAMC to determine definition, learning objectives • 2009 - Interprofessional Spiritual Care Guidelines in Palliative Care • 2009 - National Competencies in Spirituality and Health education • 2011- G-TRR • 2018- Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum • 2022- A GWish Collaborative: Advancing spiritual care in everyday clinical practice

Nel 1992 era già stato organizzato il primo programma di lezioni elettive per la spiritualità e la salute rivolto alle scuole di medicina, nei programmi di psichiatria e di cura primaria residenziale. Successivamente si è arrivati ad utilizzare questo metodo e introdurlo nel lavoro clinico nell'ottica dell'interprofessionalità.

Nel 1998/1999 ha preso vita anche un modello per definire gli obiettivi di apprendimento degli studenti di medicina (MSOP Report-The Association of American Medical Colleges -AAMC). Tra questi obiettivi è stato preso in considerazione quello di far sì che gli studenti di medicina siano preparati a rendersi conto che è necessario incorporare la spiritualità nella cura dei pazienti in una varietà di contesti clinici. Nel 2011 il 75% delle scuole di medicina degli USA aveva integrato questi modelli educativi nel core curriculum degli studenti a partire dal primo anno di corso. Gli studenti di medicina vengono guidati a

- riconoscere che la propria spiritualità può influenzare il modo in cui si relazionano ai pazienti e come forniscono loro assistenza,
- rispondere non solo ai bisogni fisici che si manifestano alla fine della vita (e in qualsiasi malattia), ma anche ai bisogni emotivi, socioculturali e spirituali.

Quindi in questi programmi la sofferenza spirituale è considerata come un aspetto clinico, fondamentale sia per i medici che per gli infermieri, che porta ad inserire la salute spirituale e la sofferenza spirituale nella cura clinica, integrata a tutti i livelli, fisico emotivo in un approccio olistico alla cura della persona.

Questo modello bio-psico-sociale e spirituale integrato nel curriculum di studi dei corsi di medicina raccoglie dati scientifici, sulla salute in generale del paziente ma anche su come si sente il paziente dal punto di vista spirituale e come sta il suo animo. La salute spirituale è considerata parte dell'interezza e della storia della persona, e la sofferenza spirituale si valuta come un aspetto clinico. La salute spirituale è parte del benessere di pazienti, studenti, specializzandi, medici.

Integrated across the curriculum

Spiritual Health as part of whole person health history

Spiritual Health as part of wellness of patients, students, residents, clinicians

Spiritual Distress assessment in palliative care courses (all health learners)

Spiritual assessment as part of specific communication skills (breaking bad news)

La valutazione del disagio spirituale nei corsi di cure palliative (tutti i discenti in ambito sanitario) e la valutazione spirituale come parte delle competenze comunicative specifiche (dare cattive notizie) assumono così la stessa importanza degli aspetti fisici e clinici (Ferrell, 2009).

Nel 2013 a Ginevra, in Svizzera, i massimi esperti di spiritualità provenienti da vari paesi si sono riuniti in una Consensus Conference durante la quale hanno raggiunto un consenso globale sulla seguente definizione di spiritualità:

La spiritualità è un aspetto dinamico e intrinseco dell'umanità attraverso il quale le persone cercano il significato ultimo, lo scopo e la trascendenza, e sperimentano la relazione con se stessi, la famiglia, gli altri, la comunità, la società, la natura e il significativo o il sacro. La spiritualità si esprime attraverso credenze, valori, tradizioni e pratiche (Puchalski et al., 2009).

In tutti gli individui la spiritualità è un aspetto dinamico, intrinseco dell'umanità attraverso il quale le persone cercano significato nella relazione con il Sé, la famiglia, gli altri, la comunità, la società la natura e anche il significato di ciò che è sacro. La spiritualità è espressa attraverso un credo, valori, tradizioni, pratiche e un elemento fondamentale che è il senso di trascendenza.

Nel 2009 è stato sviluppato un modello da applicare alla medicina generale in cui, i medici, le infermiere e gli specialisti, sono stati formati alla valutazione della sofferenza spirituale, a identificare i bisogni spirituali in vari contesti ed a fornire una cura olistica compassionevole. In questi modelli educativi i sanitari sono formati all'uso degli strumenti che sono volti alla valutazione della sofferenza spirituale (Balboni et al., 2022). Il risultato di un sondaggio globale condotto su 807 operatori di cure palliative di 87 Paesi (Selman et al., 2014) ha consentito di definire tre livelli di indagine clinica per la valutazione spirituale: i.) screening spirituale, ii.) anamnesi spirituale e iii.) valutazione spirituale.

Quindi la spiritualità e la consapevolezza della dimensione spirituale nella propria vita e della vita dei pazienti è considerata una parte fondamentale dello sviluppo professionale.

I professionisti vengono stimolati a sviluppare una presenza compassionevole a fianco dei pazienti mediante un processo riflessivo. Attraverso la riflessione sulla propria vocazione che ha portato alla scelta professionale, su fattori personali ed esterni che hanno eventualmente limitato la capacità di essere presenti per gli altri i professionisti maturano elementi essenziali nella loro crescita professionale, ma anche a livello sociale, psicologico e spirituale.

E' questa la ragione per cui il Gwish sostiene che nelle strutture sanitarie sono necessari spazi di riflessioni per il professionista, dove poter condividere con i colleghi le impressioni personali e spirituali.

Riferimenti bibliografici

Balboni, T. et al. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. JAMA, online July 12. doi: 10.1001/jama.2022.11086.

Ferrell, B. et al. (2007). National Consensus Project for Quality Palliative Care Task Force Members. The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. J Pain Symptom Manage. 2007 Jun;33(6):737-44.

Puchalski, C. et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of palliative medicine, 12(10), 885-904.

Selman, L. et al. (2014). Research Subgroup of European Association for Palliative Care Spiritual Care Taskforce. Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. J Pain Symptom Manage;48(4):518-31.

L'IBRIDAZIONE PROFESSIONALE: ONTOLOGICA ED EPISTEMICA

Roberto Lusardi

Il dibattito scientifico e professionale attorno al tema dell'ibridazione nei contesti di cura è molto ampio.

Generalmente, con il concetto di ibridazione professionale si intende la coesistenza nella medesima cornice professionale di principi e proprietà appartenenti a differenti domini professionali (Tomelleri, 2017).

La forma più frequente di ibridazione è quella che vede convergere aspetti propri delle professioni intellettuali e le esigenze manageriali tipiche del cosiddetto *new professionalism* (Tousijn, 2015).

Nell'ambito sanitario questo si concretizza nella compresenza di valori, conoscenze e strumenti propri delle professioni medico-infermieristiche e principi, obiettivi e tecniche afferenti all'ambito manageriale (Lusardi & Tomelleri, 2017).

Questa contaminazione prende l'avvio negli anni '90 con la diffusione dell'approccio manageriale denominato *new public management*, che intendeva introdurre anche nelle organizzazioni pubbliche gli orientamenti culturali e gestionali tipici delle aziende private.

Questa transizione ha condotto i professionisti sanitari a doversi attrezzare con conoscenze e strumenti inediti, propri del coordinamento manageriale, a cui non erano stati socializzati durante il percorso formativo istituzionale e che, tuttora, non sempre sono pienamente incorporati nell'operatività quotidiana (Numerato, Salvatore, & Fattore, 2012).

Un esempio concreto di questo processo di ibridazione professionale è rappresentato dalla checklist operatoria: si tratta di uno strumento di accountability e di coordinamento dell'attività che non interviene nel contenuto tecnico del lavoro del medico o dell'infermiere (le operazioni chirurgiche sono sempre avvenute anche prima che fosse introdotta) ma che è ora essenziale per il corretto svolgimento dell'intervento e per la sua rendicontazione.

Oltre a questa accezione, il termine ibridazione si presta a cogliere alcune delle trasformazioni che stanno interessando la medicina contemporanea, al centro di rapidi e, per molti versi, imprevedibili processi di cambiamento tecnologico e organizzativo. Una seconda accezione del termine riguarda la dimensione *ontologica*, ovvero la natura intrinseca dei soggetti e degli oggetti che si muovono sulla scena della cura, le forme delle loro interazioni e come queste mutano in un continuo divenire sollecitato dalle trasformazioni sociali e tecnologiche (Mol, 2002).

L'ibridazione ontologica ha a che fare con la dimensione materiale della vita sociale, con gli artefatti e, in particolare, con le tecnologie. Le tecnologie, infatti, sono una forma peculiare di artefatto, perché intervengono come *attanti* nelle pratiche quotidiane: non sono dotate di una volontà autonoma (almeno fino ad oggi) ma la loro presenza (o assenza) modifica il comportamento sociale in traiettorie che non dipendono unicamente dalla volontà umana ma che, al contrario, sono influenzate dalle funzionalità tecnologiche (Timmermans & Berg, 2003).

Un esempio di questo processo è rappresentato dalla chirurgia robotica: si tratta di setting operatori sconosciuti fino a pochi anni fa, in cui cambiano radicalmente l'organizzazione dello spazio, il rapporto tra i professionisti, l'interazione con il paziente tipici del setting chirurgico tradizionale e, ovviamente, le possibilità operative. Il cambiamento è prodotto dalle tecnologie robotiche, senza le quali tali setting organizzativi non esisterebbero.

Un altro esempio analogo è rappresentato dalla Terapia intensiva, che senza le tecnologie di sostentamento di vitale e di monitoraggio cruento delle condizioni dei pazienti cesserebbe materialmente di esistere come unità organizzativa. In termini più generali, però, è difficile pensare ad una qualsiasi attività medico-infermieristica in cui non sia incorporata un qualche tipo di tecnologia. E quindi l'ibridazione ontologica conduce a mettere in discussione l'idea tradizionale che gli artefatti e le tecnologie siano semplicemente oggetti inerti rispondono in modo meccanico alla volontà umana. Gli artefatti incorporano agire e questo agire modifica l'interazione sociale, molto spesso senza che ne abbia consapevolezza.

Visti i trend attuali relativi allo sviluppo tecno-scientifico nel settore medico è necessaria la messa in discussione dei modelli culturali

di interazione socio-tecnica tradizionali per affrontare consapevolmente l'incessante innovazione tecnologica.

Un terzo livello di *ibridazione* possiamo ritrovarlo sul piano *epistemico* e riguarda i processi di produzione, circolazione e legittimazione della conoscenza medico-scientifica (delle evidenze, secondo il paradigma dell'Evidence based medicine) e le implicazioni nel decision making clinico e nelle pratiche quotidiane. Infatti, il paradigma EBM, alla base degli eccezionali risultati raggiunti dalla medicina contemporanea nell'arco di soli 30 anni, non è esente da criticità. Il problema, come sostengono autorevoli figure della comunità scientifica internazionale risiede nella cosiddetta "piramide delle evidenze" su cui si basa l'EBM (Greenhalgh et al., 2022).

I drammatici eventi accaduti a seguito della pandemia di covid-19 e le difficoltà di reazione della comunità scientifica nel produrre conoscenze legittime in una situazione imprevedibile e di incertezza radicale come la pandemia ne sono l'ultimo e più evidente manifestazione (Greenhalgh & Engebretsen, 2022). Secondo il paradigma EBM, le uniche conoscenze affidabili e legittime sono quelle prodotte attraverso le tecniche situate al vertice della piramide, ovvero le meta-sintesi e gli studi clinici randomizzati (meglio ancora se a doppio cieco) e la diffusione di questo framework teorico e metodologico ha portato a una progressiva separazione dell'apparato gnoseologico e operativo della medicina dal cosiddetto "*real world*", ovvero dai contesti concreti di cura, dalla biografia dei malati e dei professionisti, dalle proprietà contingenti dell'organizzazione quotidiana dei servizi socio-sanitari (Lusardi, 2020).

La ricerca incessante di una migliore rappresentatività statistica e di standard universali su cui si basa l'EBM sembra aver contribuito a diffondere un profondo scetticismo nei confronti della singolarità e della contingenza, e, di conseguenza, dell'esperienza clinica come forma di conoscenza (Cavicchi, 2020).

Sembra essersi radicalizzata una separazione cartesiana tra il mondo conoscibile attraverso gli strumenti euristici legittimati dalla comunità medico-scientifica (un mondo composto da campioni di soggetti anonimi e standardizzati) e la pratica quotidiana della cura, in cui la conoscenza si incarna in processi sociotecnici che non si adattano alle esigenze della manipolazione

sperimentale - come un numero ridotto di variabili intervenienti, lunghi tempi di realizzazione, e selezione di campioni teorici “puri” - e nell’unicità dei singoli esseri umani - siano essi professionisti o pazienti - e delle organizzazioni, immersi nel ininterrotto e mutevole divenire del tempo e della società (Mol, 2008).

La sfida dell’*ibridazione epistemica* riguarda quindi la capacità dell’apparato concettuale e metodologico della medicina delle evidenze di ridurre questa separazione che si è andata alimentando e trovare forme inedite di riconoscimento dell’esperienza clinica e dell’osservazione diretta come fonti di conoscenza legittima.

Per concludere, è esperienza quotidiana di ciascuno quanto il mondo stia cambiando negli ultimi anni. Cambiamenti molto rapidi e profondi, come mai è avvenuto nella storia della specie umana. E probabilmente nella storia del pianeta stesso.

Tuttavia, le abitudini comportamentali, i repertori culturali, i pattern comunicativi e interattivi, cambiano più lentamente di quanto stanno cambiando le disponibilità tecnologiche, le possibilità operative che questa offre e le innovazioni organizzative e professionali che sollecita.

L’ibridazione è già presente nelle organizzazioni sociosanitarie e nella quotidianità di medici, infermieri e pazienti. Per molti versi, l’ibridazione è già in atto, che se ne abbia consapevolezza o meno.

Occorre perciò re-immaginare il presente, non solo costruire il futuro, come spesso si è portati a pensare. Re-immaginare il presente perché gli assunti di base della società di cui si è sempre fatto esperienza stanno cambiando praticamente “in tempo reale”, anche le professioni della salute devono tener conto di questi cambiamenti che sono di tipo epistemologico, sociale e tecnologico.

La vera sfida riguarda la capacità delle professioni medico-sanitarie di rinnovarsi e ripensarsi alla luce dei cambiamenti epocali che le stanno attraversando.

Riferimenti bibliografici

Cavicchi, I. (2020). *L’evidenza scientifica in medicina. L’uso pragmatico della verità*. Padova: Nexus edizioni.

Greenhalgh, T. et al. (2022). *Adapt or Die: How the Pandemic Made the Shift From EBM to*

EBM+ More Urgent. *British Medical Journal*, 27: 253-260.

Greenhalgh, T., & Engebretsen, E. (2022). The Science-Policy Relationship in Times of Crisis: An Urgent Call for a Pragmatist Turn. *Social Science and Medicine*, 306: 115140.

Lusardi, R. (2020). The Contingency of the Lifeworld in a World of Standards. Repertoires of Resignification in (Evidence-Based) Healthcare Organization. *Frontiers in Communication*, 5: 613525.

Lusardi, R., & Tomelleri, S. (2017). Gli ibridi professionali. Le culture professionali alla prova dell'integrazione sociosanitaria. *Salute e Società*, 3: 11-31.

Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.

Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. London, New York: Routledge - Taylor and Francis Group.

Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4): 626-644.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). The Practice of Medical Technology. *Sociology of Health & Illness*, 25(3): 97-114.

Tomelleri, S. (2017). Quali professionalità per il nuovo welfare? In: Cesareo V. (a cura di) *Welfare responsabile* (pp.465-485). Milano: Vita e Pensiero.

Tousijn, W. (2015). I rapporti inter-professionali in sanità: dal vecchio al nuovo professionalismo. *Salute e Società*, 3: 44-56

LAVORO IN EQUIPE MULTIPROFESSIONALE, INTERPROFESSIONALITA' E MATRICIAMENTO: UN SAGGIO SU IDEE E PRATICHE NEL CAMPO DELLA SALUTE COLLETTIVA BRASILIANA

Alcindo Antonio Ferla

Introduzione

Lavorare insieme per la salute è una sfida enorme e un argomento molto opportuno per analizzare cosa si può fare per migliorare la salute delle persone e delle comunità. Il lavoro in equipe è un tema che da alcuni anni mobilita riflessioni sull'organizzazione del lavoro nella salute. In Brasile, l'attuale enfasi dei dibattiti non è solo o centralmente sulla composizione delle squadre e il loro carattere multiprofessionale, ma sulla capacità di articolazione degli agenti di fronte alla diversità di ciò che deve essere fatto, in questo caso produrre la salute delle persone nei territori. Il dibattito è focalizzato sul lavoro sviluppato e non esattamente sulla composizione delle squadre, quindi i *équipo* devono essere supportati per svolgerlo nel modo più adeguato possibile. La fase attuale del dibattito, che ci permetterà di riflettere l'importanza del appoggio matriciale/matriciamento, potrebbe essere sintetizzata nella differenza tra due metafore: una squadra di calcio e un'orchestra.

Non si usa chiamare *equipe* in queste riflessioni una prestazione individuale o un gruppo uniprofessionale, come una squadra di calcio, composta da giocatori, che hanno articolato il lavoro, agendo in varie posizioni fisse sul campo. Questa immagine rappresenta proprio solo una squadra o un gruppo, dato che la "specializzazione" in diversi ruoli sul campo di calcio segue la logica competitiva, con uno standard di prestazioni compatibile con le regole dello sport in campo, con l'obiettivo solo per fare gol o impedire all'avversario di fare. La metafora del gioco del calcio non funziona per pensare al lavoro delle *equipe* multiprofessionali per prendersi cura della salute, che le persone sotto cura sono diverse, i problemi che affrontano sono anche diversi l'uno

dall'altro e, anche se hanno la stessa malattia, l'effetto che ha sulla vita di ogni persona è diverso. “Segnare”, in questo caso, è mobilitare la squadra avversaria e il pubblico a cambiare lo scenario del campo di calcio, molto più che rompere il blocco del portiere avversario.

La metafora dell'orchestra sembra più appropriata qui per parlare di un'équipe interprofessionale. Devi avere una diversità di azioni e una certa sincronicità, dove le persone si articolano come specialisti in vari strumenti e si integrano per suonare canzoni di qualche compositore classico: un'orchestra è certamente composta da persone che suonano strumenti diversi. Anche se sono tutti musicisti, i membri di un'orchestra hanno diversi background e ambiti di azione, come nella salute sono tutti operatori sanitari. Sotto la reggenza, ha una partitura da seguire, ma contribuisce in modi molto diversi all'esecuzione della musica. Come ci fa pensare il film di Fellini (*Prova d'Orchestra*, Daimo Cinematografica/RAI Radiotelevisione Italiana, 1978), bisogna avere un grande sforzo di integrazione, ma l'armonia è sempre relativa e percepita solo nel risultato, quando l'assistenza ha successo e contribuisce al benessere delle persone. Nell'orchestra, c'è una composizione diversa, una direzione giusta, ma anche gli eventi imprevisti regolari e la capacità di adattare le prestazioni ad ogni situazione imprevista e i musicisti, il direttore e i sostenitori hanno azioni integrate, ma diverse tra loro. Non si tratta di un lavoro armonioso e stabile, ma teso, con tensioni tra conoscenza e pratiche, oltre a produrre disagi e conflitti, produce anche movimento, spostamenti e nuove modalità per la realizzazione dell'opera: l'orchestra non ripete mai esattamente la stessa esecuzione, anche ripetendo la composizione più volte.

Infatti, l'assistenza sanitaria e la produzione di salute sono quasi sempre in opposizione ai modi di vita con cui le persone sono costrette a vivere, dal loro reddito, dalla loro razza e etnia, dal loro sesso o identità di genere, dalla loro posizione nelle gerarchie del lavoro e della società, che di solito vengono aggiornati anche su il lavoro delle équipes sanitari multidisciplinari, sia affrontando queste condizioni, o da differenze nei modi di pensare degli agenti stessi. Il contesto in cui ogni persona vive, rappresentando “il sociale” nella spiegazione delle malattie, è vario e sempre in movimento, e questo è quasi sempre lontano dalla comprensione della malattia di medici e altri

professionisti della salute. Il compositore, nell'invenzione della musica, inoltre non immagina tutti gli strumenti che possono rappresentarla nei diversi arrangiamenti e, effettivamente, questi sono sempre innovativi, al fine di utilizzare diverse strategie musicali per tradurre la produzione dell'autore in possibili sensazioni in ogni teatro e per ogni tipo di pubblico. Così è il lavoro in salute, una composizione di azioni specializzate fatte da diversi agenti, che risponde a un certo insieme di conoscenze già disponibili, ma che ha bisogno di adattarsi al luogo e alla clientela, anche di fronte a una squadra con una formazione molto conservativa.

Il tema del appoggio matriciale, come abbiamo formulato nel campo della conoscenza e delle pratiche di salute collettiva in Brasile, cerca di produrre forti collegamenti tra i lavoratori delle squadre, non solo quelli che lavorano all'interno dei servizi, ma anche nell'interfaccia tra il lavoro in diversi servizi. Il appoggio matriciale produce connessioni tra gli agenti del lavoro nella stessa squadra; tra la squadra e il territorio; tra la squadra e le altre squadre che lavorano negli altri servizi delle reti di assistenza in un sistema sanitario locale. La natura e la portata del lavoro di appoggio matriciale già anticipano che sono connessioni tese e che non mantengono la stabilità, ma movimenti nel tempo verso standard più forti per produrre salute in ogni territorio, il che significa che gli agenti di appoggio hanno bisogno di imparare in azione, produrre conoscenze situate, per avere successo nel loro lavoro. Il concetto di appoggio matriciale mira a superare la frammentazione delle pratiche (che è cresciuta associata alla specializzazione delle conoscenze e prestazioni professionali) e l'impatto nella qualità dei servizi, anche associando la gestione del lavoro (del'équipe, reti e sistemi sanitari locali) e la organizzazione stessa delle squadre. Non è un obiettivo centrale ridurre le tensioni, che strutturano il lavoro sanitario, ma espandere l'efficacia e la specificità delle cure in ogni territorio. L'appoggio matriciale non cerca di sottomettere i lavoratori e di mettere a tacere le tensioni del lavoro quotidiano; cerca di renderli produttivi per qualificare la cura in quel territorio e nel momento in cui il lavoro viene eseguito, che il lavoro risponde sempre al contesto storico e sociale.

Abbiamo detto che gli operatori sanitari non possono essere intesi come "risorse umane", poiché hanno progetti politici, interessi e aspettative

nello svolgimento del lavoro e quindi è preferibile considerarli come “individui e collettivi organizzati” (Ceccim, 2004; 2023). Pertanto, più che il regolamento e il protocollo di condotte, qualsiasi cambiamento nell’organizzazione del loro lavoro rende necessaria la mobilitazione dei desideri, la motivazione e l’implicazione con il risultato del lavoro. Diventa indispensabile un’iniziativa ibrida di formazione tecnica per la cura e la gestione, la mobilitazione di nuove conoscenze, rifondare le nuove pratiche, l’espansione delle connessioni di ciascun lavoratore con gli altri membri delle équipes e con la popolazione di utenti che compone ogni territorio. Pertanto, abbiamo usato l’espressione “sviluppo del lavoro” per designare la sfida principale della gestione del lavoro nel qualificare le risposte dei sistemi e dei servizi sanitari. La qualificazione della risposta che il lavoro delle équipes può dare per la produzione di salute nei territori dipende dall’aggiornamento tecnico; dalla padronanza delle tecnologie incorporate nei servizi, reti e sistemi sanitari locali; dalla capacità di produrre collegamenti e soluzioni in ogni località; la qualità dei rapporti instaurati tra gli agenti che svolgono il lavoro; la capacità di ascoltare e sondare le esigenze di ciascun territorio; e, infine, alleanze tra lavoratori e popolazione del territorio. Come nelle prove d’orchestra, ci sono molte domande da sintonizzare per qualificare il lavoro di équipes.

Il termine *modellaggio tecnoassistenziale*, formulato da Emerson Merhy (2023), è un concetto per comprendere il lavoro di gestione e il lavoro di cura di una équipes in un servizio o territorio, che è ordinato, in parte, da politiche sanitarie e altre politiche sociali di interfaccia, ma anche con la mobilitazione dei lavoratori a nuovi livelli di qualità del loro lavoro. Mette in luce i rapporti che si instaurano tra gli agenti del lavoro, tra questi e le tecnologie disponibili per svolgere il lavoro di cura con il modo in cui questa interazione (lavoratori e tecnologie sanitarie) produce per ogni persona o gruppo di popolazione in un territorio o servizio. Il concetto esprime quindi il modo in cui il lavoro viene eseguito e il modo in cui viene offerto a una popolazione o a un territorio.

Riflettere sui concetti e pratiche di appoggio matriciale nell’organizzazione del lavoro di équipes sanitarie multiprofessionali è l’obiettivo di questo breve saggio teorico. Faccio Seguire questo paragrafo de una breve riflessione sulla specificità del lavoro sanitario.

Lavoro sanitario: quando la complessità di cosa fare richiede lavoro condiviso e pensiero interdisciplinare

Quando si parla di lavoro sanitario e di assistenza nei territori (più che di assistenza medica all'interno delle istituzioni più classiche, come ospedali e servizi specializzati), la complessità con cui si produce concretamente la salute negli altri punti di un sistema sanitario richiede pratiche multiprofessionali, diversità dei lavoratori, capacità di gestione e forti connessioni con il territorio. In un precedente saggio (Ferla, 2021) ho riflettuto sugli effetti della diversità nei territori sulla produzione di salute. La prima constatazione è che la logica disciplinare della conoscenza, che ancora sostiene la formazione delle professioni sanitarie, è assolutamente insufficiente per produrre interventi efficaci per rafforzare le salut⁹⁰. In altre parole, per realizzare le azioni e i servizi destinati alla cura delle persone è necessario un lavoro che non sia solo multiprofessionale, sommando le conoscenze disciplinari che sostengono l'azione di ciascuna professione, come abbiamo fatto negli ultimi 300 anni. Richiamo l'attenzione sul fatto che questa affermazione supera, ma non trascura, la dimensione tecnica del lavoro sanitario, che si basa sulla conoscenza e sulla capacità di produrre azioni di cura da parte di ogni professione, che coinvolgono competenze professionali comuni a diverse professioni.

Cioè, l'analisi critica che punta all'insufficienza non dimentica che la tradizione scientifica occidentale contemporanea è stata caratterizzata da uno straordinario progresso nella conoscenza, con estrema specializzazione tecnica e professionale delle pratiche. Il progresso della scienza e della produzione tecnologica nella salute è certamente responsabile del miglioramento delle condizioni di salute in quasi tutto il mondo. Inoltre, come ci ha insegnato Berlinguer (1994), questo progresso ha prodotto lo sviluppo economico e sociale, l'aumento della ricerca biomedica, impatti sull'economia di paesi e regioni rafforzando l'industria biomedica, l'aumento della prospettiva di vita delle persone e delle collettività, l'estinzione delle malattie, tra le altre questioni.

90 Nella pubblicazione (Ferla, 2021) ho originariamente usato il termine plurale - le salute - poiché la diversità di territori, culture e conoscenza che guidano la produzione di vita e salute in ciascuno, configura anche diverse concezioni di salute: nel "territorio" dell'ospedale specializzato, dove una malattia in stadio avanzato definisce la produzione di salute come la lotta contro segni e sintomi, la cultura biomedica è certamente predominante; in un territorio ci sono certamente molti più collegamenti.

Questo cambiamento ha anche portato con sé una grande frammentazione tecnica e professionale, che interferisce molto fortemente nell'organizzazione del lavoro. La composizione di gruppi multidisciplinari (composti da persone di varie professioni, quindi) non è stata sufficiente a superare il problema della frammentazione del lavoro per specializzazione, poiché vi sono spesso gravi deficit di comunicazione tra gli agenti del lavoro multiprofessionale. Se la comunicazione tra operatori sanitari, che è espressa da un linguaggio tecnico e molto specializzato, non viene effettuata tra professionisti con formazione accademica nelle dinamiche del lavoro, questa disfunzione è ancora maggiore quando si riferisce ai lavoratori di livello tecnico ed elementare e alla popolazione in generale. Il risultato è stato il progressivo monopolio tecnico biomedico su questioni relative alla cura di malattie e problemi di salute.

La tecnificazione del lavoro sanitario è stata anche affrontata come una caratteristica rilevante nell'ordinamento delle azioni di cura, rendendo difficile il lavoro di équipe. Merhy (2023), utilizzando una costruzione analitica ispirata alla teoria marxista sul lavoro, ha identificato tre distinte nature tecnologiche che sono mobilitate per svolgere la cura e la gestione: **tecnologie dure** (attrezzature che sono state prodotte con un lavoro creativo ma che, in condizioni di uso quotidiano, richiedono solo un lavoro ripetitivo); **tecnologie dure-leggere** (conoscenze strutturate e conoscenze professionali disciplinari, come la clinica di ogni professione, gestione, epidemiologia, che guidano le azioni professionali); e **tecnologie leggere** (tecnologie relazionali, come il legame e l'ascolto, che sono tecnologie che si producono nell'incontro tra ogni professionista e utente, ma anche tra i lavoratori stessi).

Il lavoro sanitario, in questa prospettiva, è il risultato dell'azione dei lavoratori e caratterizzato dalla combinazione di tecnologie di diversa natura per rispondere alle esigenze individuate per ogni utente e comunità. I protocolli di cura sono stati coinvolti nell'articolazione, in modo fisso, di diverse risorse tecnologiche per ogni condizione/malattia, solitamente basate su una logica economica di ciò che è possibile offrire a una data popolazione in un determinato momento. Al contrario, Merhy (2023) ha proposto che, per molte situazioni complesse, la migliore qualità delle cure sarà una generosa combinazione di

risorse tecnologiche esistenti, ma gestite da tecnologie leggere; ovvero, definire quali risorse tecnologiche e a che ora saranno consumate dal rapporto tra professionista e utente. Dirà inoltre che la dipendenza da tecnologie dure e dure-leggere ha impoverito la formazione e l'azione professionale, rendendo i loro pensieri dipendenti dalle scelte che avvengono prima dell'incontro tra lavoratori e utenti e, allo stesso modo, tra lavoratori.

Non c'è tolleranza per la negazione dell'accesso alle tecnologie dure e dure-leggere richieste in ogni caso, che sarebbe quello di aggirare il diritto alla salute delle persone. La questione centrale dell'analisi che fa il professore Merhy riguarda le relazioni che si instaurano in quella che abbiamo chiamato analisi micropolitica del lavoro sanitario. Come nell'analisi marxista, si dirà che l'alienazione nel lavoro sanitario, con agenti dipendenti dalla precedente gestione delle risorse ed esterni al territorio in cui svolgono la loro attività, produce sofferenza, come in parte dei reporti della psicopatologia del lavoro. Inoltre, afferma che questo modo di gestire il lavoro, che toglie ai team e ai servizi la capacità di prendere decisioni basate sul contesto, produce inefficienza e compromette efficacia ed efficienza. Cioè, il predominio di questa logica esterna al lavoro genera perdite per gli operatori sanitari e la popolazione.

Da queste analisi, è importante tenere conto che, nella definizione di condotte protocolizzate per problemi non strutturati (complessi), le norme e le routine finiscono per ridurre l'autonomia per il processo decisionale nel contatto tra lavoratori e utenti. Il problema è creare una relativa autonomia che espanda la capacità di svolgere il lavoro in condizioni soddisfacenti e che risponda adeguatamente alle esigenze sanitarie delle persone e delle comunità in ogni territorio. Questa è la questione centrale nell'analisi della qualità del lavoro di équipe, come vedremo nel prossimo punto.

Equipe & equipe: un'espressione e diversi concetti

L'infermiera brasiliana Marina Peduzzi, riferimento internazionale sul tema dei processi lavorativi in équipe multidisciplinari, ha studiato la configurazione delle équipe che hanno lavorato in un servizio sanitario

alla fine degli anni '90 e costruito una tipologia molto utile per riflettere sulle sfide che sono ancora molto attuali (Peduzzi, 2001). La tipologia sviluppata dalla ricercatrice ha permesso di considerare le caratteristiche dell'interazione tra gli agenti del lavoro e il modo in cui sono stati eseguiti gli interventi tecnici. Sulla base di questi criteri, ha costruito due modalità per la caratterizzazione del lavoro in team multidisciplinari: équipe di integrazione e équipe raggruppamento. Nella modalità di raggruppamento, le azioni dei diversi membri dell'équipe sono giustapposte e la dinamica del lavoro è la giustapposizione degli agenti e delle loro funzioni; d'altra parte, nelle équipe di integrazione, le azioni sono articolate e gli agenti interagiscono per svolgere le attività. (Peduzzi, 2001).

Questa categorizzazione, che è riassunta nella Tabella 1, evidenzia due domande, riguardanti questo saggio: a) non c'è distinzione tra i due modelli in relazione alla dimensione tecnica del lavoro di ogni professione e agente; b) vi è un deficit nell'applicazione delle capacità di comunicazione professionale rilevanti in uno dei modelli, che compromette la comunicazione tra lavoratori e con gli utenti e la popolazione.

Per quanto riguarda la conservazione del riconoscimento della competenza tecnica delle professioni per svolgere il lavoro, questo può essere il problema centrale in Brasile per spiegare le resistenze aziendali che impediscono l'avanzamento del lavoro integrato. Le entità professionali, in particolare i medici, tendono a spostare i loro potere politico per limitare l'apertura di nuovi posti vacanti nei corsi di laurea, mantenendo il potere aziendale concentrato in pochi agenti, che garantisce il loro potere di interferire nella gestione del lavoro; mobilitare i loro rappresentanti nella legislazione per promuovere la regolamentazione degli "atti privati" delle professioni, anche rafforzando le capacità professionali di altre professioni; i suoi organi di vigilanza professionali a vincolare i gestori pubblici e privati a soddisfare gli interessi delle imprese; e di resistere alle norme sul lavoro degli agenti pubblici, che hanno, appunto, la prerogativa e la responsabilità di qualificare le risposte dei sistemi sanitari alle esigenze e alle esigenze degli utenti, gestendo risorse finanziarie e istituzionali a tal fine.

Tabella 1. Criteri di riconoscimento delle modalità di lavoro in équipe: integrazione o raggruppamento

Parametri	Tipologia	
	Equipe integrazione	Equipe raggruppamento
Comunicazione esterna al lavoro*		X
Comunicazione strettamente personale*		X
Comunicazione intrinseca al lavoro*	X	
Progetto di cura comune	X	
Differenze tecniche tra lavori specializzati	X	X
Argomenti su la disuguaglianza dei lavori specializzati	X	
Specificità del lavoro specializzato	X	X
Flessibilità della divisione di lavoro	X	
Autonomia tecnica del carattere interdipendente	X	
Piena autonomia tecnica		X
Mancanza di autonomia tecnica		X

* Evidenziamo l'esistenza di due piani di interazione dialogica nel lavoro sanitario, uno relativo alla comunicazione con la popolazione e con gli utenti e l'altro alla comunicazione tra agenti. È questa intersoggettività che viene affrontata, in particolare, in questa tabella.

Fonte: Peduzzi (2001), tradução própria.

Per l'impatto delle iniziative matrice è proprio su queste due dimensioni, cioè;

- la **qualità tecnica** del lavoro nel contesto di un territorio concreto e di un tempo storico definito, che si svolgono all'interno di servizi, reti e sistemi sanitari nell'ambito dei rispettivi quadri giuridici e istituzionali;
- **capacità di comunicazione**, considerando i flussi tra i membri di una squadra all'interno di un servizio specifico; di diverse squadre che lavorano in servizi diversi, ma che condividono la responsabilità di un modello di risposte a problemi di salute in un territorio; squadre di assistenza territoriale e squadre di gestione dei sistemi e dei servizi sanitari; e, infine, le squadre di assistenza territoriale e la popolazione in un determinato territorio.

Nel prossimo paragrafo si cercherà di sistematizzare alcune strategie utilizzate nel sistema sanitario unificato, in particolare nell'ambito della cura nei territori.

Il matriciamento come un rinforzo di lavoro di equipe: strategie del Sistema Único di Salute (SUS)

Il riconoscimento delle sfide per qualificare il lavoro sanitario svolto in équipe negli aspetti tecnici e di comunicazione, in particolare per quanto riguarda l'assistenza territoriale, dal riconoscimento della sua condizione di maggiore complessità (abbiamo classificato lo sviluppo scientifico, la specializzazione tecnica e la crescente presenza di attrezzature e protocolli all'interno di servizi specializzati di "densificazione tecnologica") ha prodotto modifiche rilevanti nelle normative per l'insegnamento delle professioni sanitarie, spostando sempre più rapidamente il contatto degli studenti dai corsi sanitari ai servizi territoriali. Dal 2000, le linee guida del curriculum per i corsi di salute, a livello nazionale, sono state sviluppate, discusse e pubblicate dal Ministero della Pubblica Istruzione, cercando di sviluppare queste abilità per il lavoro dalla laurea (Ferla; Funghetto, 2022). L'approssimazione dell'educazione sanitaria universitaria con i territori è compatibile con gli standard internazionali, in particolare per l'educazione medica (Frenk et al., 2020).

Altre iniziative sono molto rilevanti e sono state sviluppate dopo il Sistema Sanitario Unificato. L'iniziativa più strutturante è, ovviamente, l'educazione permanente in salute come politica per lo sviluppo del lavoro SUS (Ceccim; Ferla; Ramos-Florencio, 2023). Si tratta di riconoscere che il lavoro sanitario è un lavoro umano e che le conoscenze e le pratiche che sono alla base di questo lavoro hanno un'evoluzione molto rilevante basata sul progresso della scienza moderna, ma ci sono anche conoscenze e pratiche tradizionali e una composizione molto unica in ogni territorio. Così, la riflessione sulla performance del lavoro (Come migliorare le condizioni di lavoro? Cosa è necessario per aumentare l'efficienza e l'efficacia? Cosa avremmo potuto fare meglio nella situazione X o Y? Come raggiungere i gruppi più vulnerabili del territorio? Come migliorare le attività collettive? Come raggiungere gli indicatori previsti in pianificazione del team? Quali conflitti nella squadra interferiscono sul risultato del lavoro?) dovrebbe accadere direttamente al lavoro, con riunioni di squadra regolari (incontro come una ruota di conversazione e non solo come una trasmissione di linee guida), con indicatori

e informazioni accurate sulle prestazioni e, infine, con il supporto esterno per fare la riflessione. Le riunioni del team servono a costituire le squadre, i loro repertori, la loro capacità tecnica e comunicativa e a qualificare le risposte. Alcuni comuni brasiliani hanno creato squadre specifiche per supportare i processi di educazione sanitaria permanente, come l'esperienza di Tefé, all'interno di Amazonas (Moreira et al., 2019).

La cooperazione orizzontale è un'altra strategia per supportare i team sanitari nello sviluppo del loro lavoro, riunendo esperienze provenienti da diversi team e luoghi per il dibattito e l'ispirazione. La Mostra Brasil Aqui Tem SUS⁹¹ è sviluppata dall'entità nazionale dei dipartimenti sanitari dei comuni brasiliani (Consiglio nazionale dei dipartimenti sanitari comunali - CONASEMS) e inizia con la preparazione di esperienze in ogni comune. Il suo formato è in ascesa e la scena nazionale riunisce le esperienze migliorate valutate del Brasile. Oltre all'esercizio di sistematizzazione, che è caratterizzato da un'azione di educazione sanitaria permanente in cui i team riflettono sul loro lavoro e scelgono iniziative per sistematizzare e presentare, presentazioni e dibattiti si svolgono all'interno degli stati della federazione e nazionale. La circolazione delle esperienze ha una duplice funzione: organizzare e dimostrare iniziative locali; e ispirare altri team altrove ad agire per affrontare questioni simili all'esperienza riportata.

I Nuclei di sostegno alla salute della famiglia (NASF) sono stati istituiti sotto la Política Nacional de Cuidados Territoriales (PNAB) come intervento, allo stesso tempo, pedagogico e terapeutico. Le équipes NASF sono composti da professionisti specializzati che hanno un determinato numero di Équipe de Saúde da Família per sostenere, cura nei territori e il flusso di rinvii a servizi specializzati di ogni Rete Specializzate di Cuidados (RAE). Si tratta di un'azione orizzontale, in cui i gruppi dialogano sullo sviluppo di progetti terapeutici singolari (PTS) per gli utenti e i gruppi della popolazione, consultazioni interaziendali, consultazioni congiunte tra i professionisti del servizio e della NASF, visite domiciliari congiunte, gruppi, istruzione permanente, approccio familiare, tra gli altri. La tensione tra conoscenza e pratiche specializzate e il contesto locale attiva il movimento di qualificazione della risposta. Le strategie

91 Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus>

di supporto sono negoziate tra i due team e si basano sul bisogno percepito dal team di assistenza territoriale o indicatori di deficit del lavoro che svolgono. L'approccio è dialogico e consente al team locale di aggiornare le informazioni sui flussi e sulle procedure del sistema sanitario del territorio. Questa strategia mira anche a creare reti di assistenza sanitaria, dato che un servizio specializzato avrà la responsabilità di incontrare, con il flusso di riferimento e controriferimento, le persone di cui il team di assistenza territoriale e anche di informare, come strategia di qualificazione della clinica e gestione nei servizi che indirizzano gli utenti, la valutazione sul flusso di riferimento.

Infine, la creazione di consigli di partecipazione sociale in unità sanitarie in Brasile, secondo le linee guida del Consiglio Nazionale della Sanità e le relazioni finali delle ultime due conferenze sanitarie nazionali (2019 e 2023) prevedono che i consigli sanitari locali dovrebbero essere attuati, con la partecipazione di lavoratori, manager e utenti, per discutere il funzionamento del servizio e stabilire priorità d'azione nel territorio di riferimento. L'esercizio del dialogo e la connessione della conoscenza è l'obiettivo di questa iniziativa.

Appoggio matricile come rete di conversazione sul lavoro sanitario

Il saggio ha affrontato l'esperienza del supporto matriciale tra équipe sanitarie in Brasile. L'adeguata comprensione dell'importanza del supporto matriciale ritiene che l'assistenza sanitaria sia espressa dal lavoro di professionisti e tecnici in sistemi e servizi, considerando le condizioni oggettive per la sua realizzazione. Si allontana, quindi, dalla comprensione dei lavoratori come "risorse umane" e politicizza le strategie per la gestione del lavoro, considerando l'aggiornamento tecnico e la mobilitazione soggettiva per l'assistenza sanitaria e la gestione. La metafora delle azioni lavorative che compongono un'orchestra, in precedenza utilizzata, dimostra la complessità e la sensibilità necessarie per iniziative volte a qualificare i processi assistenziali all'interno di servizi, reti assistenziali e sistemi sanitari locali, come nel film Fellini.

Le iniziative fin qui elencate sono solo una parte di quanto è avvenuto negli ultimi anni, con motivazione soprattutto nelle tensioni individuate nelle analisi sulla qualità dei sistemi e dei servizi sanitari formulate dal settore della

salute collettiva e assorbita, in parte dalle politiche pubbliche nazionali. Il concetto di supporto matriciale/matriciamento è il prodotto di queste analisi, comprendendo che un lavoro integrato di professionisti che lavorano nei servizi territoriali, ma anche nei servizi specializzati, non è una conseguenza naturale della loro designazione di lavorare con altri colleghi in quel servizio o anche una capacità naturale della loro formazione professionale. Pertanto, è necessario creare dispositivi in modo che questa caratteristica per il lavoro sia raggiunta nella vita quotidiana dei servizi, considerando che l'organizzazione del lavoro e le condizioni in cui si svolge hanno avuto il loro impulso nel dibattito sulla qualità delle azioni e dei servizi sanitari.

Tuttavia, per analizzare le esperienze brasiliane, le loro continuità e discontinuità, negli ultimi anni è anche da considerare il periodo atipico nella gestione federale, soprattutto nell'intervallo tra gli anni in cui lo stato nazionale è stato rilevato da un governo che ha negato la scienza e i diritti individuali e collettivi, interrompendo l'orientamento tecnico e il finanziamento federale per le politiche pubbliche. È quindi difficile ordinare indicatori di risultato per le iniziative giovanili, che sono stati interrotti e ripresi dall'inaugurazione del presidente Luís Inácio Lula da Silva nel 2023.

In ogni caso, dal punto di vista concettuale, l'idea di matrice è fortemente articolata con la produzione condivisa di lavoro in gruppi multiprofessionali, lo sviluppo di un pensiero interdisciplinare per rafforzare il lavoro nei territori, dove la complessità delle condizioni di salute richiede più della conoscenza aziendale a cui siamo abituati e una capacità di dialogo e interazione con i territori. Rimuovere i professionisti della salute dallo status di semidei e avvicinarli al complesso mondo dei territori è un orientamento politico di cambiamento nella modellazione delle pratiche di cura e nella configurazione delle politiche. Un percorso ancora incipiente, ma con alcuni passi decisivi già attuati. L'esperienza brasiliana è più sviluppata nel sostenere la cura nei territori, che compongono il paese di dimensioni continentali.

L'analisi di questa esperienza con diverse idee e realtà, come in Emilia Romagna, in Italia, è rilevante per approfondire la base tecnologica. Dopo tutto, condividiamo il valore del diritto alla salute come diritto umano, e per farlo, lavorare insieme è fondamentale.

Riferimenti bibliografici

Berlinguer, G. (1994). *La malattia*. Roma: Editori Riuniti.

Ceccim, R. B. (2004) Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9(16), 161-77. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>

Ceccim, R. B. (2023). Educación Permanente en Salud: desafío ambicioso y necesario. In: Ceccim, R. B., Ferla, A. A., & Ramos-Florencio, A. (org.). *Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA. 161 p.

Ceccim, R. B., Ferla, A. A., & Ramos-Florencio, A. (org.). (2023). *Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA, 3. 161 p. <https://editora.redeunida.org.br/project/educacion-permanente-y-desarrollo-del-trabajo-en-salud-epistemologia-trayectos-y-practicas/>

Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, [S. l.], 5(2), 81–94. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022>.

Ferla, A. A.; Funghetto, S. S. Reflexões densas sobre a formação em saúde como exercício de pensamento e experimentação. In: Ferla, A. A., Funghetto, S. S. (org.). *Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças*. 2. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. 289 p. <https://editora.redeunida.org.br/project/reflexoes-sobre-formacao-em-saude-trajetorias-e-aprendizados-no-percurso-de-mudancas/>

Frenk, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. *The Lancet*, London, v. 376, p. 1923-1950, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).

Merhy, E. E. *Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023. 151 p. <https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-del-trabajo-en-salud-teoria-metodos-y-aplicaciones/>

Moreira, M. A. et al. (Org). *Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro*. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 318 p. <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-permanente-em-saude-em-tefe-am-qualificacao-do-trabalho-no-balanco-do-banheiro/>

PENSIERO DECOLONIALE NELLA SALUTE COLLETTIVA VERSO LA COSTRUZIONE DI UN NUOVO MONDO

Túlio Batista Franco

Introduzione

Questo testo fa riferimento alla crisi umanitaria innescata dalla tragica esperienza della pandemia da covid-19, per valutare la capacità di risposta che i sistemi di prevenzione e di gestione sanitaria, costruiti nel tempo, sono in grado di fornire alle popolazioni a livello globale. A prima vista, c'è un fallimento sia nella prevenzione di eventi come questo sia nella loro gestione da parte dei sistemi sanitari.

C'è da chiedersi perché tutta la conoscenza prodotta nella storia umana non è riuscita a evitare una tragedia di tale portata? E perché i sistemi sanitari, con rare eccezioni, non sono stati in grado di offrire una risposta soddisfacente nella protezione delle persone? L'esperienza della Pandemia pone queste domande come una provocazione e una sfida del tempo attuale, che indica la necessità di riconfigurare, o di aggiornare, il quadro sia teorico che pratico dell'organizzazione sanitaria, nonché il funzionamento delle reti sanitarie.

Per contribuire a questo dibattito, che, a nostro avviso, è solo all'inizio e coinvolge diverse aree di conoscenza, riportiamo di seguito alcune idee ancora introduttive, supportate dal pensiero ancestrale indigeno, di popoli che vivono nell'Amazzonia brasiliana, dove è possibile identificare contributi rilevanti all'attuale dibattito civilizzante.

La pandemia come "analizzatore" di un mondo esausto e febbricitante

Una delle più grandi tragedie dell'umanità, la pandemia da covid-19, ci fa pensare: dove abbiamo sbagliato? Gli ospedali di campagna, seppur assolutamente necessari, sono la vera immagine del nostro fallimento, perché

hanno mostrato quanto non siamo stati in grado di proteggere la popolazione dall'intenso attacco del nuovo coronavirus. Perché i servizi territoriali di riferimento non hanno funzionato in modo soddisfacente? L'esperienza drammatica che abbiamo vissuto, per mesi e mesi, l'estrema sofferenza, la paura, il dolore, la morte, la disperazione, ci hanno posto di fronte a una realtà assolutamente radicale. Al radicalismo a cui siamo stati esposti è necessaria una risposta globale altrettanto radicale, all'altezza delle grandi sfide del momento. E una prima riflessione si riferisce al fatto che tutta la conoscenza accumulata nella storia dell'umanità, non è bastata a proteggere la popolazione mondiale, nella quale si contano sino a maggio 2023, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, 770 milioni di casi, e 7 milioni di morti causate dal nuovo coronavirus. Un evento di questa portata chiama in causa la nostra umanità, le scelte su un certo modo di vivere, l'organizzazione sociale, il pensiero che gestisce le azioni delle persone nella produzione mondiale. Del resto, il futuro che ci aspetta sarà quello che costruiamo oggi.

Abbiamo avviato l'analisi sulla base dell'ipotesi più probabile che ha portato allo scoppio della Pandemia. Finora prevale la teoria dell'effetto "spillover" o "overflow" in portoghese, in cui il virus passa da una specie selvatica a una umana. Ciò suggerisce di analizzare la questione dell'emergenza climatica e dello squilibrio ambientale, in quanto rilevante per l'idea di prevenire il verificarsi di nuovi eventi come questo. Siamo testimoni delle ripetute aggressioni all'ambiente, da parte di un modello estrattivo predatore, che distrugge l'equilibrio in natura. L'attuale minaccia riguarda tutta la vita del pianeta nel quale c'è bisogno di creare sistemi di protezione, non solo per gli esseri umani, ma per tutte le diverse forme di vita che dipendono l'una dall'altra per un mondo sano.

In tutta la storia della costruzione del "sapere scientifico" si è artificiosamente costruito un pensiero che presuppone la separazione tra "l'umanità" che, investita di scienza, stabilisce il suo dominio sulla "natura", creando così una dicotomia, una divisione, tra queste dimensioni del mondo e della vita.

Queste tesi non sono supportate dal pensiero ancestrale indigeno, che sostiene la tesi della natura indivisibile in termini di costituzione. Così ci

racconta lo scrittore indigeno Ailton Krenak, che parla di questo argomento nel suo libro “Ideias Para Adiar o Fim do Mundo”:

ci è stata, per molto tempo, inculcata la storia che noi siamo l'umanità. Nel frattempo – intanto che il lupo non viene – ci siamo alienati da questo organismo di cui facciamo parte, la Terra, e siamo arrivati a pensare che la terra sia una cosa e noi un'altra: la Terra da una parte e l'umanità dall'altra. Non capisco dove ci sia qualcosa che non sia natura. Tutto è natura. Il cosmo è la natura. Tutto quello a cui riesco a pensare è natura (Krenak, 2019, p. 16-17).

Quello a cui assistiamo oggi è la produzione della presunta divisione sociale della conoscenza. Si crea una presunta umanità senza natura, o anche un presunto mondo naturale senza l'appartenenza dell'elemento umano. Il che ovviamente oggettiva la natura, trattandola come una mera risorsa, che esiste per essere estratta, utilizzata, mortificata. D'altro canto l'umanità senza natura assume il profilo arido dell'economia neoliberista contemporanea che vede nella natura fonti di accumulazione di ricchezza, che media pratiche estrattive in modo predatorio, aggressivo e distruttivo della natura, e delle vite che la abitano.

La dicotomia “natura” e “scienze umane” non riconosce il valore della conoscenza ancestrale dei popoli indigeni. Inoltre gestisce questi popoli come corpi razzializzati, e come tali stratificati, ai quali appartiene il luogo sociale del corpo-sapere soggiogato. Sono forme moderne di dominio, un assoggettamento che mira a sfruttare le risorse naturali a vantaggio dell'accumulazione di ricchezza. Nel pensiero egemonico, che oggi è attraversato da idee neoliberiste, i corpi della natura, soggiogati, sarebbero separati dall'umanità e quindi, in teoria, la loro distruzione non minaccerebbe gli umani, essendo questi “protetti” dalla presunta scienza moderna. La dicotomia tra natura e umanità funge simbolicamente da autorizzazione alla distruzione delle risorse naturali. È associato alle idee di “negazione” costruite negli anni '50 che negano il riscaldamento globale, la distruzione ambientale e l'attuale emergenza climatica, a favore degli interessi economici delle grandi società economiche globali, i cui interessi sono ostacolati dalle idee di contenimento delle emissioni di CO₂ e altre misure di protezione ambientale.

La riconnessione tra natura e umanità è un tema che deve essere al centro delle riflessioni attuali, della ripresa del protagonismo dei popoli, nella costruzione di soluzioni globali per lo scenario post-pandemia e, anche se con difficoltà, nella ricerca di un mondo con maggiore protezione. Queste idee rappresentano potenzialità che devono accompagnare i ragionamenti di chi pensa al presente come base di progetti futuri.

Il pensiero dei popoli indigeni ancestrali sarebbe una delle fonti di conoscenza, non l'unica o esclusiva, che può contribuire a nuove linee di costruzione della salute collettiva. Questa conoscenza segue delle linee che presuppongono l'inscindibilità tra la natura e l'essere umano, perché parte dall'affermazione che c'è vita in ogni cosa. Siamo per questo sia pensiero che corpi-natura. Cioè, il corpo sarebbe l'unità di sintesi di ciò che l'organismo umano immagina come natura costitutiva.

Corpo-natura come unità cosmica che può salvare il mondo

Nella direzione di una riconnessione tra natura e uomo, prendiamo come riferimento l'idea del corpo presente nel pensiero del popolo Tukano, uno dei popoli della Regione dell'Alto Rio Negro, nell'estremo nord del Brasile, e descritto nel lavoro dell'antropologo indigeno João Paulo Barreto. È un interprete privilegiato del pensiero della sua gente, in quanto parlante naturale della lingua Tukano. Seguendo l'invitante traccia di João Paulo, le nostre riflessioni iniziano, quindi, con il concetto di "corpo-natura", di cui si parlerà più avanti.

Nel pensiero del popolo Tukano, il concetto di corpo fonde elementi della natura con il corpo umano, cioè lo costituiscono, operando l'idea di uomo-natura, e non solo un essere umano appartenente alla natura. L'idea radicale, che qui adottiamo, è pensare l'umano come natura. Sempre referenziato e fedele al pensiero della sua gente, Barreto (2022) ci dice che:

[...] il corpo non si limita all'aspetto biologico. Piuttosto, al contrario, coinvolge aspetti cosmopolitici che collegano l'individuo a una rete di relazioni con altri esseri, con i *waimahsā*, gli animali, gli specialisti, i loro parenti e altre persone" (Barreto, 2022, p. 93)

Un'espressione usata dal kumuã quando mi parlava degli elementi immateriali che costituiscono il corpo era manhasã kahtise. Questa espressione significa che le forme della luce, della foresta, della terra, dell'acqua, degli animali e dell'aria erano gli elementi costitutivi del corpo umano. Questo è il significato assunto in quest'opera, essendo il corpo la sintesi di tutti questi elementi (Barreto, 2022, p. 70).

La fusione di umano e natura stabilisce un'unità di sintesi nel concetto di corpo, che assume la materialità del corpo e le dimensioni di questo stesso corpo come cosmo. La cosmologia lo abita, prodotta e prodotta da questo corpo, ed è in esso che trova forza vitale. Così, le aggressioni al cosmo, o ad uno qualsiasi dei suoi elementi che costituiscono la natura, violano il corpo, che vede ridotta la sua forza vitale, e manifestazioni di squilibrio, sofferenza, dolore, morte.

Fondi come sono nella stessa unità corporea, la potenza del corpo è fondamentalmente inscritta nel fatto di essere corpo-natura. Dal punto di vista del popolo Tukano, i sei elementi naturali (kahtise) sopra menzionati costituiscono il corpo, "luce, foresta, terra, acqua, animali e aria". C'è anche l'elemento umano (mahsã kahtiro), che ha una "dimensione metafisica diversa che qualifica l'uomo/persona/le persone come un agente capace di maneggiare e manipolare altri elementi. [...] Questa capacità è ciò che lo differenzia dagli altri sei tipi di kahtise, cioè la sua presenza è fondamentale per differenziare un corpo" (Barreto, 2022, p. 71).

Per qualificare gli elementi naturali (kahtise) che costituiscono il corpo, l'autore aggiunge a ciascuno di essi la parola "vita", sottolineando l'aspetto che sono vite istituite in natura. Attribuendo loro la vita, diventa più forte la convinzione che la vita esista in tutto ciò che è presente nel mondo. La difesa della vita ha quindi una dimensione cosmica, e quindi non è limitata agli esseri umani, come li concepisce la scienza tradizionale. Gli elementi naturali, nella lingua del popolo Tukano, sono in breve: Boreyuse kahtiro – luce/vita, Yuku kahtiro – foresta/vita, Dita kahtiro

La scienza moderna ha costituito una frattura tra la nozione di umanità e natura, e con essa ha aperto la strada alla distruzione del pianeta e all'autodistruzione degli esseri umani. L'effetto "spillover", attribuito al momento iniziale dell'intenso decorso dei contagi sfociato nel covid-19, è

l'immediata conseguenza dei successivi attacchi alla natura, sfociati nell'attuale drammatica emergenza climatica. Se sapessero che nel corpo si forma un'unità di sintesi cosmologica, e queste aggressioni ci mettono su un percorso di non ritorno di distruzione dell'umanità, forse, gli umani potrebbero costruire un'esperienza di civilizzazione migliore e diversa.

Natura, buon vivere, ragione economica e un mondo nuovo

La società mercantile è vista come estranea allo stile di vita comunitario e legata alla natura come nel caso degli Yanomami. Lo sciamano yanomami Davi Kopenawa, nel libro "A Queda do Céu" scritto da lui e dall'antropologo Bruce Albert, parla di questo problema, e istituisce una separazione tra ciò che è comune, e, quindi, l'appartenenza di tutte le persone della sua persone, con ciò che è stabilito come proprietà (Kopenawa & Albert, 2015).

Nella foresta, l'ecologia siamo noi, gli umani. Ma sono anche, quanto noi, gli Xapiri⁹², gli animali, gli alberi, i fiumi, i pesci, il cielo, la pioggia, il vento e il sole! È tutto ciò che è nato nella foresta, lontano dai bianchi; tutto ciò che non è ancora recintato (Kopenawa & Albert, 2015, p. 480).

Il termine "tutto ciò che ancora non ha steccato" sancisce l'idea di comunità e comune che organizza la vita degli Yanomami, definita anche da un'ecologia nelle relazioni sociali, dove natura e umanità sono intrinsecamente legate, costitutive l'una dell'altra. Allo stesso tempo, l'idea di menzionare il recinto, ciò che separa, delimita ciò che è comune da ciò che è privato, denuncia il carattere mercantile della società "bianca", dove "tutto diventa merce". I "bianchi" trasformando in merce tutto ciò che esiste in natura, e rompendo così il legame tra l'essere umano e il mondo naturale, e ciò che prima aveva espressioni di vita, diventano una risorsa da prezzare, mercificare e consumare. C'è una rottura tra il pensiero e i sensi, tra i diversi mondi, che si stabilisce come conflitto, e immancabilmente malattia degli indigeni.

Tutto si armonizza nella natura che respira, produce, vive, ed è questa la prospettiva che fonda la radicalità di una vita:

92 Xapiri são os espíritos da Floresta, que moram no topo das montanhas.

il mondo come foresta fertile, traboccante di vita, la terra come essere che ‘ha un cuore e respira,’ non come deposito di ‘risorse scarse’ nascoste nelle profondità di un sottosuolo tossico – masse minerali che si depositavano in gli inferi dal demiurgo per essere lasciati lì, perché sono come le fondamenta, i sostegni del cielo -;” (Kopenawa & Albert, p. 16).

In questo caso la salvaguardia del territorio, come fonte di forza vitale, introduce l’idea che la vita che esiste in ogni cosa in natura sia elevata al suo valore massimo e primordiale, componendo con l’idea di benessere, il concetto di “filosofia e pratica indigena, che nasce da una proposta ancestrale di complementarità, armonia e reciprocità tra i popoli, la natura e tutti gli esseri che ne fanno parte, in opposizione alla concezione capitalista della competitività del vivere meglio, in termini di consumo” (Feitosa & Bonfim, 2018).

Questo pensiero ci porta a immaginare che la difesa della vita di tutti gli esseri viventi sia al di sopra degli interessi che alla fine si impongono, dal punto di vista della società del mercato e dei consumi. Quella che sembra essere un’utopia per preservare aree critiche di riserve ambientali e terre indigene di fronte alla saga estrattiva, è già stata testata e si è dimostrata fattibile, con l’esperienza dell’Iniziativa Yasuní-ITT in Ecuador.

Questa esperienza è stata forse la più vicina ad un’applicazione pratica di questi concetti. Lo scopo della proposta era di non consentire l’esplorazione petrolifera, in particolare situata nelle riserve di Ishpingo, Tambococha e Tiputini (ITT), che si trovano all’interno dell’area dell’Amazzonia ecuadoriana. Questa riserva ospitava un’importante biodiversità, e ha nel suo sottosuolo quello che è considerato uno dei più grandi giacimenti petroliferi del paese, circa il 30% di tutte le riserve del paese sono immagazzinate nel suolo Yasuní (Costa, 2011).

La mobilitazione sociale, con una forte presenza di movimenti indigeni e sociali all’interno del paese, e il sostegno della comunità internazionale, ha portato il governo dell’Ecuador a creare, nel 2007, la Politica per la protezione delle persone in isolamento volontario. Il 5 giugno dello stesso anno, il governo ecuadoriano ha presentato l’iniziativa Yasuní-ITT. È stato creato un Fondo internazionale, sotto la supervisione delle Nazioni Unite, per finanziare

la conservazione della riserva. Oltre a non sfruttare il petrolio, la risorsa finanziaria servirebbe anche a trasformare la matrice energetica per le risorse rinnovabili, lo sviluppo delle fonti energetiche alternative disponibili nel Paese, la conservazione delle aree ambientali protette, il rimboschimento, lo sviluppo sociale in particolare in Amazzonia e gli investimenti in ricerca tecnologica.

L'esperienza è rimasta attiva per dieci anni, e ha dimostrato la possibilità di una prassi che preservi le risorse disponibili in natura, con significato materiale e simbolico per le comunità che la abitano. Allo stesso tempo, è stata introdotta una soluzione economica per affrontare questo problema.

Kopenawa esprime più direttamente il desiderio che le persone non indigene capiscano chi è la loro gente, i loro modi di vivere e pensare. Prende due idee come centrali, la prima che “il loro pensiero [yanomami] segue percorsi diversi da quello della merce” (idem, p. 64); e la seconda idea, la centralità del territorio da proteggere, e la continuità della sua gente:

Se [gli Yanomami] non la proteggono, i suoi figli non avranno un posto dove vivere felici. Penseranno che ai loro genitori mancasse davvero l'intelligenza, visto che non hanno lasciato che una terra brulla e bruciata, impregnata di fumi epidemici e solcata da fiumi di acqua sporca!” (idem, ibidem, p. 65).

Nella cosmologia yanomami, il funzionamento armonioso della natura, la protezione di tutti gli esseri viventi, è il cardine del mondo. La sua distruzione, la disarmonia, il cambiamento climatico accompagnato da uno squilibrio nell'ambiente, conflitti e disordini, che si manifestano in eccessivi episodi climatici estremi, ad esempio, annunciano la “caduta del cielo”, equivalente alla fine del mondo. Spetta alle attuali generazioni evitare quello che gli ambientalisti annunciano come il “punto di non ritorno”, cioè un momento in cui la Terra esaurisce la sua capacità resiliente, e non è più in grado di recuperare e rinnovare le risorse estratte e consumate. Questo sarebbe il percorso verso il collasso della civiltà, e la radicalità di alcuni eventi odierni, come il fatto che 7 milioni di persone sono scomparse dalla faccia della Terra, uccise dalla Pandemia in 3 anni, annunciano questa possibilità.

Considerazioni finali

Questo testo introduttivo è un primo tentativo di cercare nel pensiero ancestrale amerindio linee concettuali sul mondo e sulla vita che possano guidare nuovi modi di esistere che proteggano la popolazione in una prospettiva di difesa della vita. In questo modo, cerchiamo risposte a domande cruciali del tempo presente, come l'estrema fragilità umana causata dalla sua stessa azione predatoria della natura.

Ciò che più sfida il nostro tempo è pensare che tutta la conoscenza sviluppata dall'umanità non sia stata in grado di offrire la protezione adeguata, ed evitare la tragica esperienza della Pandemia di covid-19. Dove abbiamo sbagliato? Cosa bisognerebbe sviluppare per evitare che nuove tragedie come queste si ripetano?

Per ora siamo bloccati con l'idea che la società si stia dirigendo verso crisi successive che si basano sulla grave "emergenza climatica". La Pandemia, le frequenti calamità naturali, sono i segnali che il pianeta è sbilanciato, febbricitante, disorganizzato nelle sue possibilità vitali, esaurendo le sue energie, a causa delle gravi aggressioni di cui soffre da sempre. Solo negli ultimi 200 anni la temperatura della Terra è aumentata di 1,5 gradi, denunciando i cambiamenti fisico-chimici del Pianeta, causati dall'intervento umano, a quella che è stata definita una nuova era: l'Antropocene. Attualmente, il dispendio energetico è già molto maggiore della capacità che la Terra ha per la sua sostituzione, annunciando un collasso sempre più vicino (Latour, 2020).

Nel corso dei secoli, con lo sviluppo preponderante delle conoscenze scientifiche, le importanti scoperte e il conseguente impatto positivo sulla vita umana, ha fatto pensare a una presunta autosufficienza della scienza. Allo stesso tempo le matrici del pensiero tradizionale mancavano di riconoscimento, direi di cancellazione della storia del sapere, del pensiero indigeno ancestrale, e di tanti altri provenienti da comunità tradizionali, di origini diverse.

Perché sono proprio queste fonti che ci forniscono una conoscenza effettiva, fino ad allora ristretta alla periferia del mondo, e che indica una correzione degli orientamenti nel cammino di sviluppo della società. Queste linee di pensiero potrebbero iniziare: i) ricostituendo come filosofia e prassi il

pensiero secondo cui l'umanità è natura; ii) intendere la difesa di tutte le vite, come obiettivo primario in relazione alle attività estrattive e allo sfruttamento dei territori; iii) istituire un'idea di corpo-natura, come unità cosmica da preservare, intendendo il corpo come espressione materiale e immateriale di ogni essere vivente presente nella natura-umanità; iv) pensare l'economia come una politica che si organizza sulla base di principi comunitari e comuni, sotto l'orientamento fondamentale della collettività e della solidarietà per il benessere, associato al soddisfacimento dei bisogni umani; v) rispondere all'emergenza climatica, modificare il flusso di emissioni di gas tossici.

Riferimenti bibliografici

Acosta, A. (2011). *El Buen Vivir: una oportunidad para imaginar otros mundos*. Editora Elefante, 2011.

Feitosa, M. Z. S., & Bonfim, Z. A. C. (2018). XI Encontro de Pesquisa e Pós-Graduação. *Revista Encontros Universitários da UFC, Fortaleza*, v. 3, p. 1.

Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). *A Que do Céu: Palavras de um Xamã Yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.

Latour, B. (2020). *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no Antropoceno*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ubu Editora.

L'emergenza pandemica e le sue conseguenti ricadute epidemiologiche hanno evidenziato sfide nel mondo della sanità che erano latenti e oggi sono una priorità. In un contesto mondiale, dove sono in aumento la morbilità e la cronicità delle malattie nella popolazione generale, si fanno strada nuovi approcci agli interventi di salute pubblica (Auener et al., 2020). Su questo sfondo i professionisti sanitari si misurano con una complessità quotidiana nell'agire professionale che li pone ad affrontare la sfida dell'interazione interprofessionale e interdisciplinare.

Comprendere, descrivere, prevedere e gestire sono obiettivi fondamentali per chi opera all'interno di sistemi complessi. Il termine "complessità" è spesso utilizzato nella letteratura scientifica per definire compiti o sistemi che vanno dal complicato all'intrattabile, con un significato generale di "non semplice" (Kannampallil et al., 2011). Dal punto di vista della scienza della complessità, l'ambiente esterno è correlato ed evolve con l'organizzazione invece di esserne indipendente. La teoria della complessità è stata utilizzata per studiare diversi aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusa la gestione della continuità delle cure, l'assistenza infermieristica e i processi decisionali. Un prossimo passo importante nell'affrontare i persistenti problemi di salute pubblica è l'adozione di un approccio "integrativo" attraverso i domini della ricerca, della pratica clinica, della comunità e della politica.

In salute i modelli dell'agire si stanno indirizzando in modo informale verso una collaborazione intenzionale. Si presentano di seguito riflessioni sulla base di discipline umanistiche e scientifiche (sociologia, psicologia, filosofia) in merito alle possibili sfide dell'agire professionale in sanità.

Il dialogo integrativo

Discipline e professionisti dialogano nella complessità (Begun & Jiang, 2004) muovendosi verso la co-costruzione di una visione che superi la singolarità e autoreferenzialità dei settori disciplinari e scientifici. Noto è ormai

il concetto di salute della World Health Organization (WHO) che fa riferimento alle componenti fisiche (funzioni, organi strutture), mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori), per identificare in esse le variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di benessere (salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero salute nella sua concezione negativa) di cui tenere globalmente conto nell'approccio alla persona.

L'approccio clinico-assistenziale bio-psico-socio e spirituale si arricchisce delle capacità relazionali, che hanno garantito umanità e vicinanza alle persone assistite e alle loro famiglie (Trofholz et al., 2020).

Queste stesse capacità relazionali hanno altresì sostenuto la collaborazione intra/interprofessionale, caratterizzata da un'attenta comunicazione clinica e organizzativa. L'agire dei sanitari è olistico, utilizza un pensiero complesso per mirare alla conoscenza multidimensionale della persona assistita, al fine di cogliere il bisogno di assistenza e attuare il processo decisionale infermieristico. Infatti, quello che si richiede oggi ai sanitari è di gestire la complessità si esplicita proprio in con rapidità di adattamento, trasversalità di competenze e il dinamismo (Olagner et al., 2020).

L'intersoggettività' e collaborazione collettiva

Una soluzione alla complessità è andare verso una riconfigurazione degli approcci alla salute fisici, psicologici, sociali e spirituali, verso una complementarità tra i saperi mediante pratiche di integrazione collaborativa dove i sanitari si trasformano in equipe, gruppi e squadre di lavoro. L'intersoggettività è la capacità di condividere, conoscere, comprendere, empatizzare, partecipare, entrare nell'esperienza soggettiva vissuta di un'altra persona. Individui condividono stati, atti, e azioni intenzionali insieme con altri individui e, dall'altro, il fenomeno in cui individui comprendono stati, atti e azioni intenzionali di altri individui. La condivisione dei punti di vista, delle prospettive professionali crea sempre di più la consapevolezza che esiste un divario nella collaborazione interprofessionale a favore dell'integrazione professionale e disciplinare.

I quesiti si pongono in merito a come si realizza l'integrazione o meglio il dialogo tra livelli multiprofessionale e multidisciplinari. Il superamento della soggettività e dei confini ego-centrati diventano presupposto alla contaminazione integrativa nell'agire professionale. Nella gran parte delle teorie dell'ontologia sociale, dell'intenzionalità collettiva e della cognizione sociale, l'intenzionalità intersoggettiva è affettiva, ovvero l'intenzionalità che riguarda i sentimenti e gli affetti che rivolgiamo agli altri o che percepiamo come propri degli altri, è trascurata.

Nel caso dell'intenzionalità intersoggettiva, i "miei" stati o atti intenzionali sono sempre diretti verso i "tuoi" stati o atti intenzionali, e perciò verso un oggetto mentale interno. In altri termini, l'intenzionalità intersoggettiva è un'intenzionalità che è fondamentalmente compiuta intra soggetti, e consiste di base nell'incontro di un individuo con un altro.

Osservando i fenomeni sociali, risulta evidente che l'intenzionalità affettiva intersoggettiva sia cruciale per la costituzione e per il compiersi di stati, atti e azioni di intenzionalità collettiva e sociale. L'intenzionalità intersoggettiva affettiva si intende nella relazione interpersonale essere condizione necessaria dell'intenzionalità collettiva e della costituzione di forme di entità sociali quali associazioni, gruppi, comunità (Vecchi, 2012). Fenomenologi come Edmund Husserl, Edith Stein e Max Scheler hanno messo rilievo il ruolo dell'intenzionalità affettiva intersoggettiva nella costituzione della realtà sociale (Gallese, 2006a, 2006b, 2006b). L'idea centrale su cui si basa l'intersoggettività è che nasciamo con una capacità di partecipare all'esperienza dell'altro. Questa base è il fondamento mentale, il punto di partenza evolutivo per una prima forma di intersoggettività che viene chiamata "intersoggettività nucleare". In linea generale il sistema motivazionale intersoggettivo riguarda la regolazione dell'appartenenza psicologica vs la solitudine psicologica (Frattini, 2022). In uno spazio relazionale extra-disciplinare gli attori della salute si collocano in un approccio complementare. L'approccio alla complessità e le questioni di salute individuale e collettiva si esplicano attraverso processi collaborativi destituiti di autoreferenzialità verso un'etica dell'inclusività che trascende visioni soggettive in una *intenzionale intersoggettività collettiva*.

Andare oltre le discipline

La complessità in salute richiede pertanto approcci alla conoscenza e all'agire integrativi.

Negli ambiti di cure primarie la comprensione dei problemi di salute implica una nuova prospettiva di lavoro sanitario volto alla valorizzazione delle nuove professioni, e la collaborazione interprofessionale. Rispetto alle attività svolte da gruppi professionali omogenei, il lavoro interprofessionale richiede, cioè, un cambiamento di paradigma, in quanto coinvolge il sistema di valori, di identità e status professionali, i codici di comportamento e i modi di lavorare di ciascun professionista (D'Amour, Oandasan, 2005). Mentre il sistema professionale si basa ambiti disciplinari circoscritti spesso in competizione tra loro (Abbott, 1988), la collaborazione interprofessionale richiede un nuovo modello di organizzazione e di divisione del lavoro sanitario che deve essere supportato modelli organizzativi volti ad integrare le discipline oltre i loro confini. In questo attuale scenario la soluzione al problema dell'integrazione apre la visione alla "interdisciplinarietà" che muove in una direzione integrante. In tal senso le discipline si modificano nei loro concetti o strumenti, per mezzo di altre. In questo approccio però, quelle che collaborano e si modificano sono delle discipline vicine tra loro, che per loro natura hanno dei punti di raccordo.

Uno stadio più evoluto rispetto alla precedente che nasce dalla necessità di avere coordinamento delle discipline stesse è l'approccio "transdisciplinare" (Nicolescu 2014). Esso rappresenta lo stadio più elevato di integrazione tra discipline come possibile soluzione alla complessità nell'agire professionale in salute. Un approccio che allo stesso tempo oltrepassa ed intreccia diverse discipline, passando per il rifiuto della frammentarietà della conoscenza, puntando invece ad una comprensione integrata ed unitaria del mondo.

La transdisciplinarietà riguarda le dinamiche generate dall'azione di diversi livelli di realtà in una sola volta, nonostante lo studio di queste dinamiche passi necessariamente attraverso la conoscenza disciplinare. Le ricerche disciplinari (in profondità) e transdisciplinari (in ampiezza) non sono antagoniste ma lavorano nel paradigma complementare della "profondità

attraverso l'ampiezza", introducendo una nuova visione del processo di raggiungimento della conoscenza.

Tutto deve iniziare a livello di formazione, in una prospettiva dove le discipline nascono dal matrimonio di scienze, dal pensiero di individui, creando una sinergia tra di esse, dando vita a qualcosa di nuovo. Ed è proprio questa sinergia che contraddistingue l'approccio transdisciplinare dai precedenti, quello multidisciplinare e interdisciplinare. Dall'unione di punti di vista diversi si è potuto risolvere problemi ed analizzare fattori finora rimasti irrisolti. Le discipline sono una necessaria auto-limitazione introdotta nella scienza, ma i loro confini dovrebbero essere considerati permeabili, espandibili e trasferibili. Solo quando saremo in grado di superare questi limiti allora la conoscenza potrà allargarsi oltre i confini, diventare transdisciplinare e fare spazio all'agire professionale caratterizzato da una intenzionale intersoggettività collaborativa.

Riferimenti bibliografici

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*, University of Chicago Press, Chicago.
- Auener, S. et al. (2020). covid-19: a window of opportunity for positive healthcare reforms. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(10), 419.
- Begun, J. W., & Jiang, H. J. (2004). Changing organizations for their likely mass-casualties future. In *Bioterrorism Preparedness, Attack and Response* (v. 4, pp. 163-180). Emerald Group Publishing Limited.
- D'Amour D., Oandasan I. (2005) Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept, «*Journal of Interprofessional Care*», 19(1), pp. 8-20.
- Frattini, I. (2022). Le regolazione affettiva tra psicoanalisi, arte e neuroscienze. *Le regolazione affettiva tra psicoanalisi, arte e neuroscienze*, 1-195.
- Gallese, V. (2006a). Corpo vivo, simulazione incarnata e intersoggettività. Una prospettiva neuro-fenomenologica. M. CAPPUCCIO (a cura di), *Neurofenomenologia. Le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*, Bruno Mondadori, Milano, 2006, 293-326.
- Gallese, V. (2006b). La consonanza intenzionale. Una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile. *Neuroni che sentono. Cervello, azione, empatia*. Dedalus, 18-29.
- Gallese, V. (2006c). La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività. *Autismo. L'umanità nascosta*, 207-270.
- Kannampallil, T. G. et al. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of biomedical informatics*, 44(6), 943-947.

Nicolescu, B. (2014). Methodology of transdisciplinarity. *World Futures*, 70(3-4), 186-199.

Olagnero, J. M. et al. (2020). Infungibilità della professione infermieristica durante l'emergenza covid 19: riflessioni dei giovani infermieri di Torino.

Vecchi, F. D. (2012). Ontologia sociale e intenzionalità: quattro tesi. *Rivista di estetica*, (49), 183-201.

Trofholz, A. et al. (2020). Integration as a tool for interprofessional work: A synthesis of the literature regarding how to use integrative strategies to address complex public health problems. *Journal of interprofessional education & practice*, 21, 100383.

NOTE SUGLI AUTORI E COLLABORATORI

Alcindo Antonio Ferla, Medico, PhD in educazione, professore associato presso l'Università Federale di Rio Grande do Sul, professore permanente nei Corsi di Postlaurea (maestria e doctorato) in: Salute Collettiva; Psicologia; Salute Familiare; e Condizioni di Vita e Situazioni di Salute in Amazzonia. Visiting professor presso la Redemptoris Mater Catholic University, Nicaragua. Membro a pieno titolo della Camera Tecnica di Studi Integrati di Controllo e Partecipazione e Sociale del Consiglio Nazionale della Sanita e Coordinatore Generale della Associação Científica Rede Unida.

Alessandra Lorenzano, Educatrice “nel Gruppo di Ricerca presso il” Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Alessandra Tisi, Laureata in filosofia contemporanea e diritti umani, ricercatrice presso l'Università di Neuchate, Stage presso il Danish Institute of Human Rights a Copenhagen e presso la Commissione Europea a Bruxelles, fa parte dell'associazione Salute Globale.it.

Andre Vyt, Psicologo ed educatore, docente part-time presso l'Università di Ghent e l'Artevelde University College, sviluppatore del sistema PROSE per l'assicurazione della qualità, presidente di EIPEN (European Interprofessional Practice & Education Network). Per l'agenzia AQARTO fornisce formazione e supporto per l'assicurazione della qualità, conduce audit e valutazioni.

Andrea Torsello, Borsista di ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia, psicologo psicoterapeuta sistemico-relazionale.

Antonio Bonacaro, Professore Associato di Scienze Infermieristiche ed esperto di simulazione per l'emergenza/urgenza presso Università di Parma.

Barbara Sena, Professore associato di Sociologia Generale presso l'Università degli Studi di Roma "Unitelma Sapienza". Primo investigatore nel progetto "L'approccio patient-centred nei team interprofessionali: il caso delle cure palliative in Italia e all'estero", finanziato dall'Università degli Studi di Roma Unitelma Sapienza.

Beatrice Formenti, Infermiera, master in International Health, borsista di ricerca presso la Cattedra UNESCO "Training and empowering human resources for health development in resource-limited countries" dell'Università degli Studi di Brescia, cofondatrice e vice-presidente di Saluteglobale.it.

Benedetta Armocida, Medico, primo ricercatore presso l'Istituto Superiore di Sanità, dottoranda in salute globale presso l'Università di Ginevra. Cofondatrice e presidente di Saluteglobale.it, un'associazione del terzo settore impegnata a promuovere il diritto alla salute per tutti e la divulgazione di temi di salute globale.

Carlo Quintelli, Professore ordinario di composizione architettonica e urbana presso il Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università di Parma.

Chiara Cosentino, Psicologa clinica e PhD in Psicofisiologia clinica presso l'Università di Parma, con cui continua a collaborare come ricercatrice post-doc e docente. Ha una specifica formazione in biofeedback e tecniche di integrazione mente-corpo.

Chiara Federica Bodini, Specialista in Malattie Infettive ed in Igiene e Medicina Preventiva, PhD in Sanità Pubblica, Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Università di Bologna.

Chiara Foà, Dottorato di ricerca in Psicologia Sociale, Università di Bologna. Psicoterapeuta, docente e formatore presso la Scuola di Psicoterapia Individuale per Adulti ed Eta Evolutiva di Reggio Emilia, docente e formatore presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma; l'Azienda USL di Parma e presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Chiara Moretti, Dottorato di Ricerca presso l'Università di Strasburgo in cotutela di tesi con l'Università degli Studi di Perugia. Negli ultimi anni ha condotto una indagine etnografica di lungo periodo, sia in Italia che in Francia, sull'approccio biomedico alle condizioni dolorose croniche complesse e, in particolare, alla sindrome fibromialgica. Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, docente a contratto di Antropologia Medica presso il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale dell'Università di Bologna.

Christina M. Puchalski, Professore di medicina, Direttore esecutivo del George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish), George Washington University, Washington - DC.

Clelia D'Apice, Assegnista di Ricerca del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma. Ha recentemente conseguito il Dottorato in Scienze Mediche e Chirurgiche Traslazionali presso l'Università di Parma. Membro del Centro Universitario per la Cooperazione Internazionale dell'Università di Parma; Consulente Human Rights and Development Advocacy Officer presso la Suu Foundation; Socia fondatrice di saluteglobale.it; Membro del Direttivo dell'Associazione per l'Amicizia Italia.

David Le Breton, Sociologo e antropologo culturale francese. Docente all'Università di Strasburgo.

Dimitris Argiropoulos, Ricercatore a tempo determinato in Didattica e Pedagogia Speciale presso il Dipartimento di Discipline Umanistiche, Sociali e delle Imprese Culturali dell'Università di Parma.

Federica Sorrentino, Psicologa e giornalista. Laurea Magistrale in Psicologia degli Interventi Clinici nei Contesti Sociali presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Federico Dibennardo, Psicologo Clinico, specializzato in Psicoterapia Cognitivo, Esperto in Medicina Psicosomatica e Diversity Wellness, Laureato presso l'Università di Parma in Psicologia dell'intervento

clinico e sociale, successivamente ha fatto percorso formativo sulla valutazione neuropsicologica presso l'ospedale Santa Maria di Reggio Emilia.

Federico Monaco, sociologo, e-Learning designer. Si occupa principalmente di simulazione, Human factors in realta virtuale per l'apprendimento, Learning analytics, Metodologie e tecniche della collaborazione online.

Giancarlo Condello, Ricercatore presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia in Metodi e Didattiche delle attivita sportive.

Giovanna Artioli, Infermiera, coordinatrice del Gruppo di lavoro “Interprofessional Research in Medical Humanities for Global Health”, Coordinatrice del Master in Assistenza Integrata di Comunita e di Famiglia, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma.

Giulia Rodeschini, sociologa, dottoressa di Ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale, assegnista di ricerca presso l'Università di Parma e collabora con l'Agenzia sanitaria e sociale della regione Emilia-Romagna. Settore innovazione nei servizi sanitari e sociali, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna.

Giuliana Gobbi, Professore Ordinario di Metodi e Didattiche delle Attivita Motorie, Presidente del Corso di laurea in Scienze delle Attivita Motorie Preventive e Adattate, Responsabile per la Didattica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Graziano Lorenzon, Laurea in Scienze Politiche, Direttore di Informest Agenzia per lo Sviluppo, già consulente per il Ministero delle Attivita Produttive e Dirigente regionale.

Laura Deiana, Tutor didattico e Borsista di Ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma. Titoli conseguiti: Master in 'Case/Care management in ospedale e sul territorio per le professioni sanitarie'; Laurea Triennale in 'Educazione Professionale' – Classe delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione (L/SNT2).

Leopoldo Sarli, Professore Associato di Chirurgia, coordinatore scientifico del Gruppo di lavoro “Interprofessional Research in Medical Humanities for Global Health”, Presidente del Master in Assistenza Integrata di Comunità e di Famiglia, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma.

Marco Vitale, Professore Ordinario di Anatomia Umana presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell’Università di Parma.

Maria Augusta Nicoli, Psichiatra, PhD in psicologia sociale, vicecoordinatrice dell’Associazione Scientifica Rede Unida Internazionale di Parma.

Maria Bertuol, master in “Case Care Management in ospedale e sul territorio per professioni sanitarie”, master in Europrogettazione, Infermiera di Area Critica presso Croce Rossa Italiana 118 di Parma. Borsista di ricerca presso Università di Parma.

Mario Amore, Professore ordinario di psichiatria dell’Università di Genova, Vicepresidente CUN.

Mario Ferraguti, scrittore, ha pubblicato nel 2012 “Ti segno e ti incanto” (Fedelos Parma) sulle guaritrici e le streghe dell’appennino.

Martina Valente, ricercatrice al Centro di Ricerca e Training in Medicina dei Disastri, Assistenza Umanitaria e Salute Globale presso l’Università del Piemonte Orientale, Master di ricerca in Global health, Dottorato alla Vrije Universiteit di Amsterdam, fa parte dell’Associazione Saluteglobale.it.

Massimo Guasconi, Laurea Magistrale in “Scienze infermieristiche ed Ostetriche”, Master in “Assistenza infermieristica in Ortopedia e Traumatologia”. Master in “Management per le funzioni di coordinamento nell’area delle professioni sanitarie”. “Tutor didattico Corso di Studio in Infermieristica Università di Parma sede didattica Azienda USL di Piacenza”. Pronto Soccorso Ortopedico Azienda USL di Piacenza.

Monica Bianchi, Dott.ssa phil., lavora presso il Dipartimento di economia aziendale, sanità e assistenza sociale della Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana come professoressa di Interprofessionalità e responsabile del Master in Infermieristica. Svolge ricerca in Scienze Infermieristiche, Formazione e Collaborazione Interprofessionale.

Nadia Grillo, giornalista specializzata in ambito tecnologico/scientifico. Vicepresidente dell'Unione Giornalisti Italiani Scientifici (UGIS).

Paola Masuzzo, Data scientist e esperta di Open Science. Ricercatrice indipendente dell'Institute for Globally Distributed Open Research and Education (IGDORE).

Peter Bertchold, medico e direttore del College for Management in Healthcare (College-M), un istituto nazionale di sviluppo manageriale, nonché di ricerca e consulenza nella gestione sanitaria. Professore presso la facoltà di medicina dell'Università di Berna e vicepresidente dell'Organizzazione svizzera dei pazienti (SPO).

Prisco Mirandola, Professore Ordinario di Istologia, Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Ricardo Burg Cecim, Dottore in Psicologia, Post Dottorato in Antropologia Medica, Ricercatore del CNPq di Educazione e Insegnamento sulla Sanità, Coordinatore del Forum di Formazione Specialistica della Rede Unida, Professore del programma di post-laurea (formazione per ricercatori) in Cognizione, Tecnologie e Istituzioni dell'Università Federale Rurale del Semiárido (UFERSA) e del programma post-laurea (formazione per ricercatori) di Gestione e Innovazione nella Sanità dell'Università Federale del Rio Grande do Norte (UFRN).

Roberto Lusardi, Professore Associato di Sociologia dell'Università di Bergamo. Insegna teoria delle scienze sociali e sociologia della salute e della medicina. È membro del board scientifico della società italiana di sociologia della salute. È autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

Rosangela De Simone, Project Manager nel Gruppo di Ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Sandra Rossi, Psicologa, psicoterapeuta, assegnista di ricerca Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma, allieva PhD sul tema della spiritualità in sanità presso la Scuola di Dottorato in Scienze Mediche e Traslazionali dell'Università di Parma.

Silvia Zoli, cordenatrici dell'Ufficio di piano per l'integrazione sociosanitaria, Unione dei Comuni della Bassa Romagna.

Stefano Tomelleri, Professore Ordinario di Sociologia, Università degli studi di Bergamo, Dipartimento di Scienze Aziendali, Presidente dell'Associazione Italiana di Sociologia 2023-2025.

Túlio Batista Franco, Psicologo, Professore Ordinario dell' Universidade Federal Fluminense, Dottore di ricerca in Salute collettiva, Visiting Professor presso l'Università di Bologna.

Victoria Cervantes Camacho, Dottorato di ricerca in Psicologia presso Università degli Studi di Parma. Specializzanda in Psicoterapia Sistemico Dialogica presso Scuola di Psicoterapia Sistemico Dialogica di Bergamo. Psicoterapeuta sistemico-relazionale a Bergamo e da remoto, specialmente con migranti latinoamericani.

Zaw Wai Soe, Chirurgo ortopedico, medico e professore, attualmente è Ministro della Salute e dell'Educazione presso il Governo di Unita Nazionale del Myanmar. E' stato Rettore dell'Università di Medicina 1, Yangon dal 2015 al 2020 e in precedenza è stato Rettore dell'Università di Medicina 2, Yangon dal 2014 al 2015. E' inoltre coordinatore della task force per la riforma delle università di medicina del Myanmar.





www.redeunida.org.br

