

La formazione multidisciplinare come risorsa strategica. “A long and winding road”

Franco Cocchi¹, Maria Concetta Mazzeo², Federica Mauro³

Allo scopo di inquadrare la formazione multidisciplinare come risorsa strategica, come da nostro lavoro quotidiano presso la UOC Formazione e Sviluppo delle Competenze di una importante ASL di Roma, abbiamo voluto ripercorrere una sintetica rassegna dei passaggi culturali e delle politiche sanitarie ed assistenziali che hanno determinato una significativa evoluzione della formazione professionale in ambito sanitario a partire dagli anni '60 del secolo scorso, focalizzando specificamente la genesi lo sviluppo e la attuazione della formazione multidisciplinare ed interdisciplinare, con le peculiari differenze che sostanzialmente le contraddistinguono, citando sinteticamente le tecniche di formazione che con comprovata e documentata efficacia risultano pertinenti alla realizzazione di questi obiettivi.

In particolare il percorso si sviluppa attraverso la analisi di tre punti:

1. La formazione interdisciplinare, evoluzione storica, teorie e buone pratiche
2. Perché (e come) la formazione interdisciplinare
3. Formazione di base universitaria o formazione permanente in ambito lavorativo?

1. La formazione interdisciplinare, evoluzione storica, teorie e buone pratiche

Il cambiamento delle politiche sanitarie ha stimolato la creazione dei team interdisciplinari, contrapponendosi così alla crescente tendenza alla divisione e specializzazione del lavoro nel campo della salute.

In particolare, fin dagli anni '60 del Novecento, i servizi più interessati alla interdisciplinarietà furono quelli della salute mentale a causa sia della diversificazione della stessa struttura dei servizi per le accentuate finalità di reinserimento sociale, sia del loro sviluppo con il ricorso a operatori non sanitari, sovente anche volontari. Al tempo stesso, una generalizzata critica nei confronti della formazione di base uniprofessionale che manteneva una impostazione gerarchica, accompagnata da una costante crescita della produzione scientifica in materia, ha favorito la formazione di sistemi interdisciplinari.

Verso gli anni '70 l'evoluzione delle attività formative in sanità, dapprima negli Stati Uniti e successivamente in Europa, ha visto l'assunzione di un ruolo di maggiore centralità delle politiche governative che hanno determinato l'avvio di corsi interdisciplinari su salute pubblica e scienze e medicina sociali, con iniziative sperimentali intraprese sia da università che da agenzie sanitarie pubbliche. Lavin et al. (2001), in una rassegna sull'argomento hanno rilevato uno scarso successo di questi primi tentativi, soprattutto a causa della resistenza degli studenti, la cui maggioranza preferiva disertare i corsi rivolti a diverse figure professionali ritenendoli poco utili alla propria specifica competenza, vista come un sapere uniprofessionale. La pubblicazione, nel 1988, del rapporto dell'OMS “Learning together to work together for health” (WHO, 1988), ha rappresentato un significativo punto di svolta per la formazione interdisciplinare, anticipando la imminente rivoluzione informatica degli anni '90 che grazie alla nascita e allo sviluppo di internet ha reso molto più facile e tempestivo l'accesso all'informazione scientifica.

Il cambiamento delle politiche sanitarie avviatosi negli stessi anni è stato caratterizzato dalla programmazione di lungo termine, da interventi sulla comunità, dalla razionalizzazione della spesa che ha condotto al contemporaneo ridisegno dei percorsi di cura con team multidisciplinari e alla loro valutazione in termini di costo-benefici ha spinto ulteriormente sulla formazione interdisciplinare che, tuttavia, resta di incerta definizione e pratica applicazione.

¹ Dirigente psicologo, ASL Roma1, Roma

² Dirigente medico, ASL Roma1, Roma

³ Psicologo, Univ. Sapienza, Scuola Spec. Psicologia della Salute, Roma

Infatti, nonostante le approfondite argomentazioni epistemologiche e metodologiche sul rapporto tra interdisciplinarietà e multidisciplinarietà, avanzate fin dagli anni '70 da Hugh Petrie dell'Università dell'Illinois, solo successivamente la pubblicistica scientifica in sanità sembra tenerne conto.

Petrie (1976) ritiene che l'interdisciplinarietà rappresenti molto più della multidisciplinarietà: nell'interdisciplinarietà diversi partecipanti devono tener conto dei contributi dei loro colleghi per poter esprimere la propria posizione, mentre nella multidisciplinarietà è sufficiente un coordinatore che unisca i diversi contributi disciplinari. Sono necessari, perciò, per un efficiente gruppo multidisciplinare:

- un'idea guida, ovvero un'idea chiara, riconoscibile da tutti i partecipanti, che costituisce il fulcro centrale del lavoro.
- specifiche caratteristiche psicologiche dei partecipanti e del gruppo, quali un'elevata competenza disciplinare; curiosità, spirito di avventura, una visione ampia ed aperta, soprattutto nei confronti dei colleghi di altre discipline; capacità ed il desiderio di mettersi alla ricerca di qualcosa che non si conosce; un contesto istituzionale di supporto e legittimazione.

Tali caratteristiche favorirebbero secondo Petrie (1976) l'integrazione delle diverse mappe cognitive che sottostanno a ciascuna disciplina. Per poter dialogare e costruire qualcosa insieme, pertanto, occorre conoscere non tanto le mappe mentali del partecipante, ma quelle della disciplina che egli rappresenta, evitando di trincerarsi dietro la propria disciplina. Concetto che Petrie sintetizza efficacemente nella frase: "Solo quando tu vedi quello che vedo io, il nostro lavoro interdisciplinare ha una possibilità".

Più recentemente, Frenk e altri (2010) hanno sostenuto, in un numero monografico della rivista Lancet dedicata alla trasformazione delle professioni sanitarie e mediche, la necessità di una trasformazione della formazione basata sulle competenze, piuttosto che sul solo curriculum degli studi relativo alla specifica formazione disciplinare, insufficiente – scrivono gli Autori – a far fronte ai "Nuovi rischi infettivi, ambientali e comportamentali che minacciano la sicurezza sanitaria di tutti". Tra le questioni più complesse la formazione alla leadership e ai comportamenti organizzativi, non solo perché di difficoltoso apprendimento ma anche per le implicazioni legali, etiche, professionali.

2) Perché (e come) la formazione interdisciplinare

Il già citato rapporto dell'OMS del 1988 "Learning together to work together for health" evidenziava la necessità di sostenere i team multiprofessionali, con una formazione specificamente multiprofessionale, definita, in maniera molto pragmatica, "un processo mediante il quale studenti e lavoratori delle professioni legate alla salute, con diversi background formativi, imparano insieme, nel corso di determinati periodi della loro istruzione, con l'interazione come obiettivo importante, per collaborare nel fornire attività di promozioni, prevenzione, cura, riabilitazione e altri servizi sanitari".

Un'enunciazione pressoché di principio, ma da cui si ricavano almeno due punti di particolare rilevanza: la formazione riguarda studenti e lavoratori collocandosi perciò sia nella formazione curriculare di base che in quella permanente e di aggiornamento professionale; la formazione è chiaramente orientata al risultato finale della produzione di attività delle organizzazioni sanitarie dalla promozione alla prevenzione, cura e riabilitazione.

Un *position statement* dell' American Association of Colleges of Nursing, intitolato "Interdisciplinary education and practice" (1996) lo ribadiva con chiarezza rendendolo un principio fondante, e non solo una raccomandazione di "galateo" professionale, della professione infermieristica: "L'abilità di co-lavorare (collaborare) è chiaramente vitale poiché la moltitudine di professionisti della sanità e la loro crescente specializzazione e differenziazione di ruoli richiede di rendere essenziale l'interdipendenza tra i professionisti". Decisivo, in questa prospettiva, il ruolo della formazione interdisciplinare che, conclude il documento, "...appare un passo fondamentale verso sistemi coordinati efficienti, efficaci e di alta qualità dell'assistenza sanitaria".

Infine, il saggio *Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road* di Hall e Weaver (2001), che riprende nel titolo una nota e splendida canzone dei Beatles e da cui anche il nostro odierno intervento, sottolineava le difficoltà incontrate nel realizzare un lavoro comune. Secondo gli autori è richiesto un ulteriore sforzo per 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, facendo piuttosto leva sulla capacità di comunicazione e cooperazione.

Fondamenti della formazione interdisciplinare vengono, quindi, individuati nell'apprendimento delle competenze chiave: abilità di gruppo, flessibilità del ruolo, capacità di comunicazione, capacità di risoluzione dei conflitti, capacità di leadership, che richiedono l'adozione di metodiche didattiche specifiche non tradizionali. In particolare quella del Problem Based Learning, basato sulla soluzione di problemi attraverso la discussione in piccoli gruppi di discenti assistiti da docenti in veste di facilitatori. Richiamandosi, inoltre ai principi di Petrie, il punto di vista del paziente è assunto come “idea guida”, punto focale comune per il lavoro di squadra, in alternativa al dominio disciplinare di ciascun componente.

Più raramente il tema della formazione interdisciplinare è affrontato nella letteratura italiana e, perciò, si segnala, come eccezione, uno specifico approfondimento in un importante lavoro sull'assistenza sanitaria primaria (Guzzanti, Mazzeo, Milillo et al., 2009) dove in particolare si afferma che: «L'area della integrazione richiede un cambiamento di prospettiva rilevante nell'azione organizzativa, con un focus organizzativo che si sposta da strutture gerarchiche e funzioni organizzative a processi incentrati sulla persona assistita[...] L'assistenza primaria riceverebbe un forte impulso anche attraverso la promozione di una cultura interdisciplinare che favorirebbe la programmazione e lo svolgimento integrato delle diverse e specifiche attività [...]. Percorsi formativi comuni, ad esempio nelle fasi della didattica e della ricerca, faciliterebbero il trasferimento intradisciplinare delle conoscenze e delle competenze oltre che la continuità del processo formativo nell'intero corso della vita professionale... Grande e positivo impatto deriverebbe dall'attivazione di percorsi formativi comuni (con aree di apprendimento sul campo) con l'effettuazione di specifici e mirati stages professionalizzanti».

Tuttavia, la formazione interdisciplinare è oramai patrimonio comune dei principi della programmazione sanitaria. “Privilegiare percorsi di apprendimento interdisciplinari e multiprofessionali” si legge, ad esempio, nel *Piano per la formazione Continua in Sanità 2013-2015*, della Regione Lazio, per cui: «Per armonizzare le politiche della formazione regionale con la necessità di investire su obiettivi ritenuti strategici e prioritari, nel corso del triennio quale arco temporale per la programmazione in campo sanitario e formativo [...] i focus verteranno su aree prioritarie d'intervento formativo in modo da privilegiare percorsi di apprendimento interdisciplinari e multiprofessionali, muovendo verso un sistema di scelte strategiche condivise e prioritarie capaci di segnare il passo al cambiamento di scenario che si andrà a delineare»

Si tratta, come ben si comprende, di spinte connesse ai cambiamenti determinati dalle innovazioni organizzative e di sistema che hanno più volte ridisegnato il nostro sistema sanitario negli ultimi decenni in direzione di una organizzazione orizzontale, poco gerarchica e flessibile, centrata sul paziente, ma che non trovano spesso una sistematica attuazione per varie ragioni. Non ultima, la prevalenza di metodologie didattiche basate sulla lezione frontale.

3) Formazione disciplinare di base o formazione permanente? Alcune note conclusive.

Quali sono, allora, i punti chiave di una formazione che supporti il lavoro interdisciplinare in sanità?

Una valida formazione disciplinare, di base e specialistica, rimane il presupposto fondamentale di tutte le attività delle professioni impegnate nelle organizzazioni socio-sanitarie, ma il lavoro in team e l'orientamento al paziente richiedono:

- la convergenza su un'idea guida contestualizzata, specifica e non generica;

- la acquisizione e la efficace attuazione da parte dei professionisti delle cosiddette competenze non tecniche che consentano di sostenere e mantenere il lavoro in team interdisciplinare, quali abilità relazionali, comunicative, gestionali e organizzative;

- una formazione di base e permanente finalizzata alla acquisizione e mantenimento di dette che competenze per le quali sono privilegiate quelle basate su modalità di apprendimento esperienziale (Kolb e Fry, 1974) e sui modelli ciclici di miglioramento continuo, quali Problem Based Learning, Design Thinking, Simulazioni, oramai, di comprovata e documentata efficacia.

Un'ulteriore questione riguarda la cronologia e la contestualizzazione delle azioni di apprendimento di queste competenze. Indubbiamente la formazione di base universitaria può contribuire in modo significativo al loro sviluppo in ciascun professionista, ma sarà destinata a esplicitarne i principi di base e alla sperimentazione didattica attraverso tirocini e simulazioni, utili a orientare un atteggiamento non pregiudiziale verso la interdisciplinarietà. Il terreno più favorevole allo sviluppo di un'efficace pratica interdisciplinare rimane quello della formazione aziendale.

Quella aziendale permette, infatti, di contestualizzare con puntualità l'apprendimento delle competenze richieste e di evidenziare tempestivamente la riuscita o meno degli apprendimenti, applicandosi direttamente ed empiricamente al reale team multidisciplinare.

Benché basata su principi semplici, la effettiva realizzazione aziendale di una efficace formazione interdisciplinare in sanità (ma non solo) sembra ancora in cammino in una "una strada lunga e tortuosa".

Più che le tradizionali resistenze professionali, pesano la scarsa definizione e diffusione delle metodiche e delle tecniche nelle unità di formazione aziendali e, soprattutto, una persistente tendenza alla separazione dei processi formativi da quelli di gestione e valorizzazione delle risorse umane.

BIBLIOGRAFIA

American Association of Colleges of Nursing (1996). *Interdisciplinary education and practice*. Journal of Professional Nursing, 12(2), 119-123.

Frenk, J et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet, 376(9756), 1923-1958.

Guzzanti, E., Mazzeo, M.C., Milillo, G., Cicchetti, A. & Meloncelli, A. (2009). *L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Roma.

Kolb, D. & Fry, R. (1974). *Toward an Applied Theory of Experiential Learning*. *Theories of group process*, in Cooper C. (Ed.), *Theories of Group Process*. London

Lavin, M. A., Ruebling, I., Banks, R., Block, L., Counte, M., Furman, G., ...& Holt, J. (2001). Interdisciplinary health professional education: a historical review. *Advances in Health Sciences Education*, 6(1), 25-47.

Petrie, H. G. (1976). *Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry*. Educational Researcher, 5(2), 9-15.

Regione Lazio(2013), *Piano per la formazione continua in sanità*. Roma

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 [meeting held in Geneva from 12 to 16 October 1987]*. Geneva