

FOOTPRINTS

Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica

2

MODELLO FORMATIVO NAZIONALE

per il rafforzamento delle
competenze
sulla salute della popolazione
immigrata

2

MODELLO FORMATIVO NAZIONALE

per il rafforzamento delle
competenze
sulla salute della popolazione
immigrata

A cura del gruppo di lavoro FOOTPRINTS

Per il Ministero della Salute: Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Anna Di Nicola, Maria Pia Mancini, Giuseppe Piccirillo

Per l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane: Andrea Lenzi, Stefania Basili, Fabrizio Consorti, Daniele Gianfrilli, Giada Gonnelli, Giacomo Consorti, Felice Sperandeo, Emanuele Toscano, Marco Proietti, con la collaborazione della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

Per la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: Maria Laura Russo, Emma Pizzini, Marianna Parisotto, Manila Bonciani, Maurizio Marceca, Micaela Basagni, Francesca Cacciatore, Alice Nataello, Giulia De Ponte, Alessia Aprigliano, Rosalia Maria Da Riol, Bruno Esposito, Jacopo Testa, Simona La Placa, Guglielmo Pitzalis

■ Indice

PREFAZIONE a cura del Ministero della Salute	5
INTRODUZIONE Cosa è e cosa non è questo manuale	7
PARTE PRIMA Fondamenti teorici e pratiche per la formazione dei professionisti nell'ambito della relazione salute e migrazione	
Fondamenti teorici della formazione di adulti professionisti	9
La progettazione formativa:	14
Analisi dei bisogni di formazione	14
I metodi didattici	19
La valutazione degli esiti	27
PARTE SECONDA Il progetto FOOTPRINTS e la formazione come sostegno alla capacity building istituzionale	
Il progetto FOOTPRINTS in breve	33
I fondamenti della formazione FOOTPRINTS	35
Analisi dei bisogni della formazione FOOTPRINTS	41
Obiettivi della formazione FOOTPRINTS	48
I metodi didattici della formazione FOOTPRINTS	52
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	57
ALLEGATI Il programma del percorso formativo FOOTPRINTS	58



■ Prefazione

*“È ciò che pensiamo di sapere
che ci impedisce di imparare cose nuove”. (Claude Bernard)*

Tra le numerose sfide che il Servizio Sanitario Nazionale deve oggi affrontare si pone il raggiungimento della piena inclusione dei migranti nel sistema salute, il superamento delle disomogeneità territoriali nonché il contrasto alle disuguaglianze che spesso si manifestano con forza in questa popolazione. Il fenomeno delle migrazioni - infatti - ha modificato da tempo il contesto nel quale operano i professionisti della salute e pone all'intero Sistema sanitario la necessità di dotarsi di strumenti e approcci capaci di leggere e farsi carico di bisogni di salute complessi. La formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari rappresentano in quest'ottica un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni migranti e delle comunità; la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nell'invitare i Paesi a perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione migrante, da anni richiama la necessità di un impegno concreto da parte degli Stati per migliorare la qualità della formazione degli operatori.

Il modello nazionale di formazione descritto in questo documento è uno dei principali prodotti del Progetto FOOTPRINTS “FORMazione OPERatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica”, coordinato dal Ministero della Salute e realizzato in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCCLMM&C).

Il Progetto FOOTPRINTS, realizzato tra luglio 2018 e dicembre 2020 e finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, ha coinvolto 90 professionisti socio-sanitari individuati dalle Regioni e province autonome con la finalità di rafforzare le loro competenze per definire modalità operative uniformi ed eque sul territorio nazionale nell'ambito delle politiche per la tutela della salute della popolazione migrante e superare la frammentarietà delle esperienze locali e regionali. Questi referenti regionali hanno partecipato alle attività secondo tre assi di lavoro: il percorso formativo di *capacity building* istituzionale; la costruzione di comunità

di pratica volte al confronto tra referenti territoriali; il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e delle raccomandazioni nazionali.

In un'ottica di *capacity building*, l'attività di formazione deve rappresentare un'attività strategica, istituzionalmente riconosciuta, incoraggiata, a cui si dedicano tempo e risorse adeguate e non un'appendice a cui si dedicano frammenti marginali del proprio tempo lavorativo. E' quindi importante investire sull'utilizzo di una strategia formativa multilivello, che coinvolga le figure istituzionali con diversi ruoli e funzioni sia nel processo di definizione degli obiettivi che nello svolgimento delle attività formative. Questo aspetto è essenziale per giungere all'assunzione di un impegno concreto da parte di tutte le componenti coinvolte, rafforzando la collaborazione e la cooperazione tra tutti gli attori coinvolti, al fine di realizzare gli obiettivi strategici di volta in volta definiti.

La formazione è un elemento fondamentale per la costruzione di un sistema sanitario capace di rispondere in maniera efficiente ed efficace ai molteplici bisogni, espressi e non espressi, della eterogenea popolazione migrante presente in Italia e per orientare le persone nell'utilizzo appropriato dei servizi.

L'investimento nelle risorse umane e nella loro formazione rappresenta quindi uno strumento strategico meritevole di massima attenzione nella formulazione di politiche sanitarie ai diversi livelli istituzionale e nella progettazione di interventi di sanità pubblica.

Per questa ragione, il Ministero della Salute, con questo progetto, ha voluto realizzare un lavoro di ricerca e sperimentazione di un modello di formazione, all'interno di una teoria di riferimento, con l'obiettivo di elaborare un percorso formativo orientato a tutte le discipline e le professionalità coinvolte nella tutela della salute migranti, nonché di fornire un mezzo a sostegno del "capacity building" al livello istituzionale che, ci auguriamo, potrà essere utilizzato ed esteso anche dopo la conclusione del progetto FOOTPRINTS, in ambito nazionale ma anche europeo.

■ Introduzione - Cosa è e cosa non è questo manuale

Questo manuale ha lo scopo di fornire indicazioni teoriche e metodologiche specifiche per la progettazione e realizzazione di programmi ed eventi di formazione relativi alla prevenzione e promozione della salute dei migranti, indirizzati a tutti coloro che sono coinvolti nella tutela della salute di questo gruppo di popolazione: operatori sanitari di ogni professione, personale amministrativo, operatori sociali, operatori del terzo settore.

Questo documento non è un manuale di pedagogia dell'adulto né una guida rapida alla formazione e sviluppo professionale continuo degli operatori sanitari, ma intende essere uno strumento utile per coloro che sono impegnati nella costruzione di formazione che riguarda i complessi intrecci tra salute e migrazione.

Nella prima sezione, si condividono i punti principali dei riferimenti teorici in relazione ai diversi passaggi di una buona progettazione formativa. Nella seconda sezione, sono considerati gli interventi formativi costruiti e svolti all'interno della cornice del progetto FOOTPRINTS, rivolti ai referenti individuati da ciascuna Regione e Provincia Autonoma e intesi come una delle ricadute principali del progetto. Si ritiene che gli obiettivi di *capacity building* del progetto non potessero essere raggiunti senza un adeguato sostegno formativo, senza il quale l'efficacia delle azioni regionali volte al coordinamento delle politiche su salute e migrazioni potesse essere notevolmente ridotta. Affinché le azioni previste dai piani di Coordinamento siano definite, realizzate e lo siano in modo efficace, è necessario infatti che in tutte le persone coinvolte ci siano conoscenze condivise, competenze specifiche e consapevolezza del senso di ciò che si vuole fare. È noto che ogni vera modifica di pratica professionale e organizzativa si realizza efficacemente solo se procede in parallelo con la formazione al cambiamento.

Obiettivo non secondario di questo manuale è quello di tentare di creare dei ponti, dei legami più stretti tra la dimensione riflessiva della formazione e quella delle sue pratiche, cercando di superare una certa malcelata diffidenza della seconda verso la prima. I principi messi al centro dalle teorie della formazione degli adulti (centralità dell'esperienza e delle motivazioni, partecipazione attiva, aderenza ai contesti professionale), vanno infatti abitati e resi vitali in ciascun passaggio della progettazione. È necessario ritrovare la via maestra per colmare il divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, fornendo a tutti i professionisti della salute le competenze e gli strumenti e le consapevolezze per essere attori strategici nel con-

trasto alle disuguaglianze di salute che coinvolgono le popolazioni migranti.

Il manuale è indirizzato ai responsabili degli uffici di formazione aziendale, ai responsabili dei servizi di prevenzione e promozione della salute, agli operatori del terzo settore e a chiunque altro voglia o si trovi nella situazione di progettare e realizzare interventi di formazione nel dominio specificato in precedenza.

Si immagina che chi legge sia già in possesso di una formazione di base in ambito pedagogico e didattico: si fa riferimento infatti a concetti e teorie del dominio formativo (ad es. competenza, obiettivo formativo, feedback, apprendimento cooperativo, ...) che vengono considerati come noti dal lettore, senza che essi vengano descritti nel dettaglio. Viene tuttavia indicata sempre una bibliografia essenziale di riferimento per chi voglia approfondire, insieme ad un lessico dei concetti principali.

Il manuale è corredato da una proposta di valutazione dei bisogni di formazione e da alcuni esempi di progettazione formativa, applicativi delle teorie e metodi illustrati.

La valutazione dei bisogni di formazione è basata sui dati ottenuti con l'analisi territoriale delle criticità e delle risorse, eseguita all'inizio del progetto, sull'esperienza acquisita durante gli incontri con i referenti regionali in occasione degli eventi di formazione residenziale e sulla valutazione finale condotta dopo l'ultimo incontro residenziale. Come detto poco sopra, si tratta solo di una proposta di valutazione dei bisogni, che intende servire come schema di riferimento e non esime il progettista locale dal condurre un'analisi attenta nella sua popolazione di potenziali discenti.

Il valore degli esempi è unicamente dimostrativo, per cui non vanno considerati come progettazioni pronte all'uso così come sono. Essi hanno solo lo scopo di mostrare i modi in cui teoria e metodo possono essere resi operativi, per cui sono solo modelli a cui ispirarsi, modificandoli in accordo a necessità e risorse locali.

Parte Prima

Fondamenti teorici e pratiche per la formazione dei professionisti nell'ambito della relazione salute e migrazione

■ Teorie pedagogiche per la formazione degli adulti

È probabile che i lettori di questo manuale siano professionisti impegnati sul loro territorio e quindi orientati all'agire pratico. Essi potrebbero guardare con un po' di sospetto al titolo di questo capitolo, tuttavia vorremmo rassicurarli e ricordare loro che non c'è niente di più pratico di una buona teoria! Senza una teoria di riferimento, non possiamo essere sicuri neanche del significato delle parole che usiamo. Pensate al termine "migrante" e alle sue tante declinazioni e aggettivazioni (rifugiato, profugo, irregolare, richiedente asilo, economico, ...). Senza una "teoria di riferimento" non possiamo essere sicuri di cosa significhino quelle espressioni. In questo caso, se la teoria è la legge italiana o invece il diritto internazionale, i significati e le conseguenze possono cambiare.

Analogamente, se consideriamo lo scopo di questo manuale, il verbo "apprendere" e il suo sostantivo "apprendimento" possono acquisire significati molto diversi: memorizzare contenuti, usare conoscenza per risolvere problemi, sviluppare competenze complesse, collaborare con altri per l'adattamento di conoscenza nota o per la formulazione di nuove conoscenze, e altri ancora.

Si comprende quindi che **una teoria è uno strumento operativo**, non una vuota serie di definizioni e concetti correlati. In quanto strumento, nel campo della formazione non c'è una teoria "giusta" e una "sbagliata" ma solo teorie utili o non utili per certi scopi, come quadro di riferimento per selezionare gli interventi formativi più efficaci. Tanto più precisamente saranno definiti gli esiti attesi della formazione, tanto migliore sarà la scelta della teoria di riferimento e dei metodi didattici e di valutazione che da essa discendono.

Nei paragrafi seguenti, verranno brevemente illustrate alcune teorie pedagogiche utili come riferimento per la formazione di professionisti impegnati nella gestione dell'assistenza ai migranti. Successivamente, riferiti al loro contesto teorico, verranno descritti alcuni metodi didattici che è possibile utilizzare per erogare formazione. Questa seconda parte verrà preceduta da una sezione dedicata alla progettazione formativa ed in particolare alla valutazione dei bisogni di formazione e al concetto fondamentale di allineamento costruttivo.

A. Comportamentismo

Se ci limitiamo agli ultimi 100 anni, il comportamentismo (o behaviorismo, termine mutuato dalla parola *behavior*: comportamento) è stato una delle prime sistematizzazioni del processo di apprendimento. In questa teoria, l'esito dell'apprendimento è inteso come modifica del comportamento, senza alcun interesse per i meccanismi mentali attraverso cui l'apprendimento si produce. L'elemento centrale è la sequenza quasi meccanica stimolo-risposta e il problema didattico è trovare lo stimolo giusto per ottenere la risposta desiderata. Il concetto di unità didattica è tipicamente comportamentista, inteso come frammento di insegnamento e successivo apprendimento, in una progressione che va dal più semplice al più complicato, componendo quindi il programma di istruzione con tanti "mattoncini". È comportamentista anche l'idea di ripetizione personalizzata, fino al raggiungimento dell'esito desiderato.

Il comportamentismo si adatta perfettamente all'idea di "trasferimento delle conoscenze", che ancora oggi impronta tanti programmi di formazione. In quest'ottica la lezione del docente è lo stimolo adatto a produrre l'acquisizione di conoscenza nel discente. La prova dell'avvenuta acquisizione è la capacità del discente di agire certi comportamenti, come rispondere esattamente a domande.

Il modello comportamentista si presta bene a progettare l'addestramento ad abilità operative semplici in simulazione (ad esempio i programmi di addestramento alla procedura di Basic Life Support) o l'apprendimento di conoscenze di base, specie se poco collegate al loro futuro contesto di utilizzo, come avviene ad esempio nei corsi del primo biennio del corso di laurea in Medicina. Le attività didattiche ispirate a questo modello hanno molta più difficoltà a supportare efficacemente l'apprendimento nel caso di procedure più complesse (come nelle simulazioni ad alta fedeltà) o per il trasferimento di conoscenze dalla teoria alla pratica, come può essere ad esempio il passare dal conoscere la cornice normativa regionale sull'assistenza sanitaria ai migranti al saperla interpretare e applicare in un contesto concreto.

B. Cognitivismo

Lo sviluppo delle scienze e della tecnologia dell'informazione portò alla comparsa di modelli teorici che rappresentavano la mente come un computer e il processo di apprendimento come acquisizione ed elaborazione di informazione. Si cominciò quindi a porre attenzione ai canali sensoriali di comunicazione e alle memorie del "processore" umano. La psicologia sperimentale ha dimostrato che esistono tre tipi di memoria: sen-

soriale (pochi secondi), a breve termine (pochi minuti) e a lungo termine. Il passaggio dalla memoria sensoriale a quella a breve termine è governato dai processi di attenzione e dalla quantità di informazione che raggiunge il discente (carico di lavoro mentale). Il passaggio delle informazioni alla memoria a lungo termine – passaggio critico per l'apprendimento – è condizionato dall'elaborazione delle informazioni. Solo l'elaborazione mentale consente di applicare alle informazioni un contesto e un senso (operazione nota come "codifica delle informazioni") e solo la codifica permette la memorizzazione a lungo termine. Se il discente non richiama più volte le informazioni e non le usa per risolvere problemi, non avviene il processo di codifica e la memorizzazione sarà labile.

È qui il caso di ribadire quanto già detto in precedenza: non esistono modelli teorici giusti o sbagliati, tutti i modelli teorici ci dicono "qualcosa di vero" sul mondo, sull'uomo, sulla natura dell'apprendimento. In ottica comportamentista la cosa importante è organizzare una buona sequenza di unità didattiche progressive, in ottica cognitivista la cosa importante è che il discente – seguita una lezione – rielabori i suoi appunti, ripeta più volte e risolva problemi. Il modello comportamentista raccomanda la ripetizione, dimostra che essa è efficace ma non spiega perché. Il cognitivismo fornisce una giustificazione teorica all'esercizio ripetuto e lo orienta non alla mera ripetizione dei contenuti, ma al loro utilizzo per risolvere problemi. Su questo modello sono infatti basati molti metodi didattici di *problem solving*, come l'apprendimento basato sui casi o il ciclo esperienziale di Kolb, che verranno brevemente illustrati più avanti.

C. Cognitivismo sociale

Ben presto fu riconosciuto un importante limite al cognitivismo. Questo modello era fortemente incentrato sulla singola persona come processore di informazioni, ma non consentiva di rappresentare il ruolo dell'interazione fra persone nei processi di apprendimento. Già negli anni '20 nell'allora Unione Sovietica, lo psicologo Lev Vygotskij aveva dimostrato che l'apprendimento è molto più efficace se le attività didattiche, di studio ed elaborazione vengono condotte in un gruppo invece che individualmente. Le sue teorie arrivarono oltre la cortina solo negli anni '50, complementandosi con quanto lo psicologo svizzero Jean Piaget stava studiando circa l'apprendimento nel bambino.

L'idea di studio ed elaborazione in gruppo è stata feconda di molte successivi sviluppi in termini teorici e di pratiche didattiche ma la loro discussione va oltre gli scopi e i limiti di questo manuale. Nel capitolo dedicato ai metodi didattici presenteremo comunque alcune pratiche che si fondano sui principi di un apprendimento socializzato.

Dal cognitivismo sociale e dalle teorie costruttiviste, di cui si tratta nel paragrafo seguente, nasce l'idea di "comunità di pratica". È definita come un'aggregazione informale di persone che, in un contesto organizzativo, di solito lavorativo, si costituiscono spontaneamente attorno a pratiche comuni. La comunità è caratterizzata da solidarietà organizzativa sui problemi, condivisione degli scopi, delle conoscenze, dei significati e dei linguaggi. In quanto pratica sociale, una comunità di pratica non è in sé un metodo didattico, ma quando è viva e attiva, è ambiente fecondo di formazione informale e substrato per la didattica formale.

D. Costruttivismo

Più che una singola teoria pedagogica, si tratta di una classe di orientamenti che hanno in comune l'idea – filosoficamente fondata – che la realtà che consideriamo “oggettiva” sia in effetti il frutto di una costruzione culturale e storica. È pur sempre possibile misurare, descrivere, eseguire esperimenti, ma in tutte queste circostanze è inevitabile che l'osservatore entri in gioco, influenzando i processi di descrizione del mondo con i suoi sistemi di pensiero, che sono storicamente e culturalmente connotati.

In ottica costruttivista l'apprendimento è perciò un processo condiviso di costruzione di significato e senso circa ciò su cui ci si sta formando. Le attività didattiche costruttiviste si avvalgono spesso della contaminazione di diversi saperi, puntando allo sviluppo di punti di vista diversificati e di pensiero critico.

Ciò non deve indurre a ritenere che si tratti di attività formative poco agganciate alla operatività quotidiana. Una simulazione ad alta fedeltà si può concludere con un lungo *debriefing* a impronta costruttivista, condotto dal tutor ma in cui i protagonisti sono i componenti del team che ha agito la simulazione. Lo scopo principale è quello di “dare significato” a ciò che è successo, non solo in termini di comportamenti corretti o errati, ma di dinamiche interne al team e di relazione col contesto in cui la simulazione era calata. Tutto ciò viene riportato alla propria realtà lavorativa concreta. Nel capitolo dedicato ai metodi didattici verranno presentate l'analisi dell'incidente critico e dell'auto-caso come tecniche ispirate a questi principi e particolarmente adatte alla formazione dei professionisti della salute coinvolti nella tutela della salute dei migranti.

E. L'andragogia

Un contributo teorico particolare è stato fornito nel 1981 dal pedagogista americano Malcom Knowles, che recuperò un termine coniato più di 150 anni prima e lo contrappose alla pedagogia. L'andragogia è stata definita come “l'arte e la scienza per aiutare l'adulto ad apprendere” e più che una costruzione teorica originale è un approccio molto pragmatico, fondato su 6 principi, in sequenza logica.

1. Il bisogno di conoscere: mentre un bambino è spontaneamente orientato ad apprendere, un adulto ha bisogno di avere chiaro cosa guadagna col nuovo apprendimento
2. Il concetto di sé del discente: un adulto si rappresenta come una persona autonoma, non dipendente. Il processo di insegnamento/apprendimento deve esplicitamente rispettare questo senso di autonomia.
3. Il ruolo dell'esperienza: un adulto fonda buona parte della propria identità sulle esperienze vissute. Una condizione fondamentale di rispetto dell'autonomia (principio 2) è quindi il recupero e la valorizzazione dell'esperienza vissuta da parte dei discenti.
4. La disponibilità ad apprendere: essa è tanto maggiore, quanto è più evidente che l'apprendimento migliorerà le competenze nella vita quotidiana dell'adulto discente
5. L'orientamento verso l'apprendimento: non deve essere centrato sulle materie ma sulla vita reale. L'insegnamento dovrebbe partire dalla vita reale e tornare alla vita reale
6. La motivazione: la motivazione più forte ed efficace all'apprendimento è quella

interna, legata al soddisfacimento di un bisogno di formazione riconosciuto e alla gratificazione che deriva dal riconoscimento della propria autonomia, alla valorizzazione della propria esperienza e all'aumento della propria competenza.

Se si considera quanto sinteticamente riportato nei paragrafi precedenti, appare evidente come l'andragogia risenta di influssi cognitivisti per la forte importanza data al sistema di motivazione e all'esperienza e costruttivisti per la centralità data al discente come costruttore della propria formazione. Al di là della discussione accademica, vale la pena di ritenere **come messaggio centrale che la valorizzazione delle motivazioni e dell'esperienza dei discenti nonché un chiaro orientamento alla vita reale sia fondamentale nella formazione degli adulti.**

■ La progettazione formativa

A. Analisi dei bisogni di formazione

La progettazione formativa deve partire da un'analisi dei bisogni di formazione. Si tratta di eseguire una vera e propria diagnosi delle necessità di conoscenza, abilità e competenza da colmare nelle persone a cui si vuole indirizzare l'intervento formativo.

Molto spesso, in realtà, ciò che viene determinato è un elenco di temi o grandi argomenti di interesse, come risultato di un atto di indirizzo strategico da parte delle direzioni aziendali oppure all'interno di una progettualità specifica. Questo è corretto, perché se un'azienda territoriale o ospedaliera vuole avviare una nuova attività o potenziare un servizio o correggere una prassi che è stata fonte di errori o che si è rivelata inefficace, ciò determina quanto meno la presunzione di un bisogno di formazione. Tuttavia, le esigenze strategiche delle aziende vanno poi calate nel reale livello di competenza delle persone preposte ad eseguire le attività. Sarà perciò necessario valutare questo livello, stimare la motivazione esistente all'apprendimento di qualcosa di nuovo, tradurre tutto ciò in obiettivi formativi ed esiti attesi di formazione. **La formazione continua non può essere un'appendice a cui si dedicano frammenti marginali del proprio tempo lavorativo, ma un'attività strategica, istituzionalmente riconosciuta, incoraggiata, a cui si dedicano tempo e risorse adeguate.**

Esiste moltissima letteratura circa l'analisi dei bisogni di formazione, specie relativamente alla formazione continua di adulti in ambienti di lavoro. In ossequio allo scopo dichiarato di questo manuale, ci limitiamo ad alcune indicazioni operative sintetiche. Innanzi tutto, i bisogni possono essere espliciti o impliciti. Nel primo caso sono stati espressi da un portatore di interesse (dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle Aziende, dalle società scientifiche e associazioni di categoria professionale fino ai singoli professionisti), nel secondo caso è il progettista della formazione che li evince attraverso l'analisi dei bisogni. Un'analisi dei bisogni può essere condotta con metodi soggettivi o oggettivi.

1. Valutazione soggettiva dei bisogni

Si tratta della strategia più usata, che consiste nell'indagare direttamente con gli interessati quali siano i bisogni percepiti di formazione.

Esempi di metodi di valutazione soggettiva dei bisogni includono:

- la somministrazione di questionari
- la conduzione di *focus group* o interviste individuali, semi-strutturate o libere
- l'analisi di documenti personali di pratica riflessiva sull'azione professionale, come i portfolio o i diari di bordo

Per quanto riguarda i questionari, *focus group* e interviste, gli elementi determinanti di progettazione dell'analisi sono la selezione dei soggetti da sondare e la costruzione del questionario o della griglia di domande del *focus group*/intervista. È importante che il campione sondato sia rappresentativo di tutti i gruppi portatori di interesse, per professionalità e livello di responsabilità. Non è indispensabile che il campione sia statisticamente dimensionato, ma deve comunque essere abbastanza ampio da rappresentare in maniera affidabile la percezione del bisogno di formazione. Un discorso analogo vale per l'analisi dei documenti di pratica riflessiva, la quale naturalmente va preventivamente commissionata a un campione selezionato di volontari, istruiti alla compilazione del diario per un certo periodo di tempo.

La strutturazione del questionario/griglia di intervista richiede comunque la formulazione di ipotesi sui temi di interesse da parte del team di formazione. Si tratta di una fase delicata del lavoro di progettazione, perché sia includere troppi item o troppe domande sia – viceversa – ridurre l'estensione dell'indagine può avere effetti distorsivi sul risultato. Nel formulare le ipotesi di indagine è bene riferirsi alle linee strategiche regionali e aziendali o premettere alla valutazione soggettiva una fase di valutazione oggettiva.

2. Valutazione oggettiva dei bisogni

Si tratta di un insieme di metodi che di "oggettivo" hanno l'autorevolezza della fonte di informazione o il fatto che siano l'essere basati su numeri che esprimono in modo diretto o indiretto la valutazione del livello di conoscenza/competenza della platea dei potenziali discenti.

Sono esempi di metodi di valutazione oggettiva dei bisogni:

- le indicazioni da articoli di letteratura nazionale o internazionale relativi a studi di settore sui bisogni di formazione
- il parere di esperti del settore di interesse
- la conduzione di test per valutare i livelli di conoscenze e abilità
- la conduzione di audit
- gli esiti di attività di revisione tra pari
- gli indicatori di efficienza ed efficacia relativi alle pratiche assistenziali
- i rapporti sui "near miss" e sugli errori registrati nelle attività assistenziali
- le segnalazioni di insoddisfazione provenienti dai pazienti, presso gli sportelli di relazione col pubblico

Con l'eccezione dei primi due metodi, si tratta come è evidente di metodi che prevedono l'esistenza di un sistema informativo in grado di fornire i dati necessari (nel caso degli indicatori e dei rapporti sul rischio) o che richiedono l'attivazione di pratiche come l'audit clinico o la revisione fra pari nel corso di riunioni periodiche delle Unità Operative. Esiste molta letteratura su questi argomenti, che non vengono quindi ulteriormente illustrati. Ci limitiamo a ricordare che si tratta di pratiche non giudicanti, non censorie ma orientate al miglioramento continuo della qualità.

Infine, la misura oggettiva dei livelli di conoscenza e abilità si esegue con gli stessi metodi con cui si conduce la valutazione alla fine di un programma di formazione, quindi con quiz di diverso tipo o con prove pratiche. Poiché si è in fase di analisi dei bisogni, si può selezionare un campione di soggetti da sondare, assicurando l'anonimato e i test possono essere offerti su piattaforma telematica come sussidio di autovalutazione per chi si sottopone al test, ma rappresentando contemporaneamente una fonte di informazione sui livelli di conoscenza.

B. Allineamento costruttivo

Dopo aver definito i bisogni di formazione, è necessario trasformarli in obiettivi formativi. Può sembrare solo un gioco di parole, ma in realtà sotto le espressioni verbali molto simili si nascondono concetti molto differenti. Un bisogno indica la generica mancanza di qualcosa di necessario, un obiettivo formativo è l'esito atteso di un processo di formazione. I due concetti sono differenti non solo per il loro significato ma soprattutto per la loro struttura e per la forma che assumono quando vengano formulati.

Supponiamo per esempio che sia stata condotta una *survey* su una coorte di cittadini stranieri residenti, ispirata ad un articolo pubblicato in una rivista internazionale e i dati abbiano mostrato un'incidenza di condizioni psichiatriche (ansia, depressione, dipendenze, ...) più alta del valore atteso. Questo identifica un bisogno di assistenza (prevenzione, educazione, cura, riabilitazione), a cui corrisponde un bisogno di formazione che si esprime con alcuni temi generali (ad es. epidemiologia dei disturbi psichici nella popolazione migrante, rappresentazione culturale e sociale della malattia psichica nelle popolazioni in oggetto, etc...). Sarebbe un grave errore concettuale ritenere che questi temi possano essere assunti come obiettivi formativi, così come sono: essi sono solo **argomenti di conoscenza**.

Nel campo della formazione continua delle professioni della salute, un **obiettivo formativo** è sempre contestualizzato ad una professione specifica (ad esempio infermiere) e ad una funzione precisa di quella professione (ad es. accertamento e formulazione della diagnosi infermieristica). Un obiettivo è composto da un verbo, il cui soggetto è il discente e da un oggetto, che dipende dal verbo. Infine, è fortemente raccomandato che la frase si chiuda con l'indicazione del contesto atteso per quell'obiettivo. Continuando col nostro esempio, alcuni obiettivi formativi corrispondenti al bisogno di formazione di un infermiere del territorio sull'epidemio-

logia delle malattie mentali nei migranti potrebbero essere espressi come: alla fine del programma di formazione il discente sarà in grado di

1. discutere (verbo) l'incidenza dei principali disturbi psichici (oggetto) nella popolazione migrante del proprio territorio, in relazione ai dati nazionali e internazionali (contesto)
2. eseguire (verbo) il colloquio di accertamento con persone migranti (oggetto) con particolare riferimento a possibili condizioni di disturbo psichico, con l'eventuale supporto di un mediatore culturale (contesto)

È evidente la differenza fra questi due obiettivi e la generica dizione "bisogno di formazione circa l'epidemiologia dei disturbi psichici nella popolazione migrante". È evidente anche come si tratti di due obiettivi molto diversi tra loro e la differenza la fa soprattutto il verbo: il primo è un verbo che indica un'azione cognitiva (discutere), il secondo indica un'abilità tecnico-professionale, come raccogliere le informazioni dell'anamnesi infermieristica, in un contesto complesso.

Si indica come **allineamento costruttivo** il processo di scelta di metodi didattici e di valutazione che siano coerenti (cioè allineati) con un obiettivo dichiarato. L'espressione è stata formalizzata dal pedagogista australiano John Biggs e indica un fatto tanto ovvio per quanto spesso disatteso, ma di fondamentale importanza.

I metodi didattici e valutativi sono strumenti, che hanno le loro caratteristiche, le loro funzioni e capacità. Per esemplificare con una metafora: se devo piantare un chiodo, ho bisogno di un martello, se devo girare una vite mi servirà un cacciavite. Se il mio obiettivo è appendere un quadro al muro, avrò bisogno di un chiodo, di un gancetto e di un martello. Se devo fissare al muro una mensola, mi servirà un trapano, un tassello a vite e un cacciavite.

Uscendo dalla metafora, nel caso dell'obiettivo n. 1 prima esemplificato (obiettivo di tipo cognitivo), potrò proporre come metodo didattico una lezione tradizionale e rinforzare l'apprendimento con lavori a piccoli gruppi fornendo casi di studio di situazioni locali e dati nazionali o internazionali. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato con test scritti strutturati (domande a scelta multipla o di altro formato) e/o con un breve testo argomentativo a partire da dati forniti. Nel caso dell'obiettivo n. 2, di tipo tecnico-professionale, la lezione sarà inutile o potrà servire solo - brevemente - a esplicitare e richiamare la base conoscitiva relativa a quali domande fare. Sarà invece indispensabile poter disporre di pazienti simulati su cui condurre esercizi di colloquio infermieristico. La valutazione del raggiungimento dell'obiettivo da parte di ogni singolo discente sarà infine "allineata" all'obiettivo e al metodo didattico se consisterà nella valutazione strutturata di un colloquio simulato o reale.

La tabella seguente sintetizza alcuni tipi di allineamento più frequenti di classi di obiettivi, metodi didattici e di valutazione. Nei capitoli sui metodi didattici e di valutazione sarà possibile trovare brevi descrizioni ed esempi sviluppati di uso dei metodi.

TIPO DI OBIETTIVO O COMPETENZA (Verbi idonei)	METODO DIDATTICO	METODO DI VALUTAZIONE
Ob. cognitivi semplici (elencare, descrive, illustrare, ...)	Materiali di studio personale Lezione o seminario Attività di elaborazione per piccolo gruppo	Test scritti strutturati Brevi relazioni scritte
Ob. cognitivi complessi (discutere, scegliere, applicare, identificare, analizzare, ...)	Materiali di studio personale Lezione o seminario Attività di elaborazione per piccolo gruppo Studio e simulazione di casi <i>Problem based learning</i>	<i>Project work</i> singolo o di gruppo
Ob. comunicativo-relazionali (spiegare, ascoltare, comprendere, empatizzare, ...)	Simulazioni e role play Uso delle <i>Medical Humanities</i> Formazione sul campo (FSC)	Valutazione strutturata della <i>performance</i> Valutazione con griglia o rubrica
Competenze decisionali e organizzative (progettare, organizzare, ottimizzare, gestire...)	Simulazioni ad alta fedeltà Giochi di ruolo Ricerca d'aula (autocasi) FSC	Valutazione strutturata della <i>performance</i> Valutazione con griglia o rubrica <i>Project work</i> singolo o di gruppo
Competenze di leadership (dirigere, collaborare, promuovere, educare, ...)	Simulazioni ad alta fedeltà Giochi di ruolo Ricerca d'aula (autocasi) FSC	Valutazione strutturata della <i>performance</i> Valutazione con griglia o rubrica <i>Project work</i> singolo o di gruppo

■ I metodi didattici

In questo capitolo passeremo in rapida rassegna alcuni metodi rappresentativi ed efficaci ai fini del tipo di formazione di cui si tratta in questo manuale, facendo riferimento a quanto detto nella sezione relativa alle teorie pedagogiche ed esemplificandone l'uso nel campo di interesse. Si rimanda alla bibliografia di riferimento per l'approfondimento.

A. Attività di elaborazione per piccolo gruppo

L'ascolto di una relazione o lezione o la lettura di un testo vengono acquisiti nella memoria a breve termine, ma se non intervengono ripetizione, elaborazione personale e uso intenzionale, non entrano a far parte del patrimonio di conoscenza di una persona. È possibile che un professionista partecipi ad un corso di formazione cercando la risposta specifica ad un problema ben preciso o la conferma a certe sue idee e la trovi nel materiale distribuito o nelle parole del docente, ma questo è un caso particolare, che non costituisce la regola.

Se dopo l'esposizione di contenuti si propongono esercizi tramite l'uso di risponditori d'aula, ciò potenzia di molto l'apprendimento, soprattutto se le domande non sono di mero richiamo mnemonico di quanto ascoltato ma richiedono una certa elaborazione. Ad esempio, al termine di una rassegna di norme regionali relative all'assistenza ai migranti, si possono presentare brevi situazioni tipiche e chiedere quale norma si applica a ciascuna di esse. La discussione dei risultati della votazione è l'occasione per verificare la comprensione di quanto esposto in precedenza, discutere dubbi e interpretazioni alternative e riprendere i fatti salienti.

Se la stessa attività viene proposta dopo aver suddiviso i partecipanti in piccoli gruppi nell'aula di formazione, si beneficia anche della quota aggiuntiva di apprendimento legata all'interazione sociale e alla discussione all'interno del gruppo. Ai gruppi può essere affidata l'interpretazione di una situazione, l'elaborazione di indicatori a partire da dati forniti, la scelta motivata di una soluzione organizzativa o quanto altro si configuri come un singolo passo all'interno di un processo più ampio. Se si desidera che i discenti siano impegnati in modo più intenso e con una intera procedura, è necessario utilizzare metodi come la discussione di casi e il *problem-based learning*.

B. Discussione di casi (*Case-based learning* - CBL) e *Problem-based learning* (PBL)

Accomuniamo questi due metodi per le analogie che presentano, anche se si tratta di strumenti che hanno presupposti ed esiti diversi. In entrambe i casi, si tratta di analizzare una situazione, definita come il “caso” o il “problema” ed elaborare delle azioni che conducono ad un apprendimento e quindi ci si trova nell’ambito di una classe di metodi genericamente denominati “*inquiry learning*” (apprendimento tramite l’indagine).

Nel CBL il caso può essere qualsiasi situazione abituale di interesse professionale. Ad esempio: giunge un gruppo di migranti ed alcuni di loro mostrano chiari segni di aver subito violenza intenzionale. Il caso è descritto con una certa ricchezza di dettagli, ma senza interpretazione. Viene indicato il numero di persone, il sesso, l’età apparente, l’aspetto e gli atteggiamenti esteriori e le lesioni osservabili. Il mandato per il singolo partecipante o il piccolo gruppo sarà esplicitato attraverso una sequenza di domande che conducono il discente attraverso la serie di azioni che compongono la procedura complessiva corretta in un caso come questo. Nel CBL si presuppone che il partecipante possenga già le conoscenze necessarie alla soluzione e le debba solo attivare ed usare. Un esercizio di CBL ha una durata breve, di norma non superiore ai 30-45’.

Il PBL è invece incentrato sull’analisi di una situazione problematica e sulle conoscenze ed eventuali abilità necessarie a comprendere la situazione ed eventualmente a risolvere il problema. Si suppone in questo caso che il discente NON possenga le conoscenze necessarie, ma che l’analisi delle componenti del problema e delle diverse possibili soluzioni ipotizzabili lo stimoli alla ricerca e all’apprendimento.

Il PBL è un’attività molto definita e strutturata, che presuppone la possibilità del discente di accedere a fonti di conoscenza e una durata adeguata all’impegno richiesto, dalle 2 ore a più giorni. Di regola nel PBL l’analisi del problema e l’individuazione degli argomenti di studio è fatta in piccolo gruppo, mentre la ricerca delle conoscenze ritenute necessarie e lo studio sono individuali. Si torna nel piccolo gruppo per condividere l’apprendimento personale ed elaborare una risposta al problema. Nell’esempio fatto in precedenza per il CBL, il progettista del PBL potrebbe aver previsto che i discenti cerchino informazioni su come si accerta l’età dei minori stranieri non accompagnati, quali sono i protocolli di assistenza nel caso di sospette lesioni da violenza fisica o sessuale, quali professionalità vanno coinvolte, quali regolamenti si applicano. Si ribadisce che nel PBL l’interesse didattico è che l’analisi delle componenti del problema indirizzi la ricerca e lo studio personale, non tanto che il discente tenti di indovinare la procedura corretta. Un’attività di PBL si chiude sempre con la restituzione delle elaborazioni e una lezione di sintesi da parte di un esperto.

C. Simulazione, *role play* e giochi di ruolo

Come abbiamo fatto poco sopra per CBL e PBL, accomuniamo questi diversi metodi solo per l'analogia che li lega e che è incentrata sulla natura essenzialmente ludica di queste attività. Il gioco, da quello spontaneo infantile fino al campionato di calcio di serie A, è una delle attività più serie degli esseri umani, anche se non è loro prerogativa unica, visto che molte altre specie animali giocano. In essenza, nel gioco si sperimenta una situazione fittizia di tempo, di spazio e di regole e di ruoli, governata da elementi aleatori, che consente di affrontare rischi in sicurezza, di mettersi alla prova in competizione con altri e di vivere identità alternative.

La simulazione è uno dei metodi più potenti a disposizione di un formatore quando si tratta di favorire l'apprendimento di abilità manuali semplici (eseguire una puntura venosa) o di gesti professionali più difficili (un elemento di tecnica chirurgica), nonché di procedure complesse (l'assistenza di pronto soccorso a un paziente critico). La simulazione è molto indicata anche per l'apprendimento di abilità relazionali e di lavoro in squadra. Questi ultimi due domini sono il campo preferibile di utilizzo della simulazione nella formazione del personale di assistenza ai migranti, insieme alle simulazioni di procedure complesse a più fasi.

Nel primo caso, è raccomandato l'uso di "pazienti simulati", persone specificamente addestrate ad agire – nel nostro caso – come migranti. Non necessariamente devono essere attori professionisti, ma necessitano di adeguata preparazione, di un copione o comunque di un canovaccio abbastanza dettagliato. L'intera simulazione deve essere progettata con cura, a partire dalla definizione degli obiettivi formativi attesi, di norma abbastanza limitati. Ad esempio, l'obiettivo di una simulazione potrebbe essere la conduzione di un breve colloquio con una migrante per indagare la presenza di mutilazioni genitali. La simulazione potrebbe essere arricchita dalla presenza di un altro attore simulato come mediatore culturale. È evidente che in questo esempio l'efficacia è molto maggiore se si può ricorrere alla collaborazione di attori di provenienza dei paesi di origine della migrante.

Se si aumenta la complessità della simulazione e la sua fedeltà alla realtà, si possono realizzare scenari a più ruoli, che consentano di sperimentare anche il lavoro di squadra, ad esempio con l'uso del telefono o della comunicazione telematica, con i partecipanti – sia discenti che attori - dispersi in più stanze che agiscono con ruoli diversi (responsabile amministrativo, prefettura, psicologo, medico, infermiere, ...). Si intuisce la difficoltà di organizzare questo tipo di simulazione ad alta fedeltà ma anche la potenza didattica di questo metodo. In termini metodologici ci limitiamo a sottolineare che l'apprendimento non avviene tanto durante la simulazione ma soprattutto nel *debriefing* che segue alla simulazione. In una simulazione di questo tipo, il *debriefing* avrà un orientamento fortemente costruttivista, indirizzato all'elaborazione collettiva di ciò che è stato agito in simulazione e al significato di quanto è accaduto.

Gioco di ruolo e *role play* sono termini talora usati come sinonimi, ma indicano due metodi molto diversi tra loro. Il gioco di ruolo è una simulazione complessa

giocata come un gioco da tavolo o in ambiente virtuale elettronico (in questo caso si parla di *serious game*). Si riproduce un intero scenario, con ruoli, regole, azioni e fasi di gioco e i partecipanti giocano vivendo la situazione, prendendo decisioni, negoziando accordi, usando risorse e reagendo ad eventi casuali. Ad esempio, il ben noto Monopoli è il gioco di ruolo del “piccolo capitalista”. In un gioco di ruolo manca tutta la componente relazionale di una simulazione ad alta fedeltà, ma è possibile in compenso esplorare più in profondità le implicazioni cognitive e decisionali, nonché la capacità di reagire agli imprevisti e di agire in squadra. Il gioco di regola ha una durata di diverse ore.

Il *role play* è viceversa un metodo focalizzato sull’esplorazione delle emozioni e dei vissuti connessi con una relazione. I partecipanti, di regola due discenti, hanno solo un ruolo e una traccia e poi agiscono l’incontro spontaneamente, cercando di entrare al meglio nel ruolo assegnato. Anche in questo caso, la fase più importante è il *debriefing* dopo l’azione, quando non solo i partecipanti ma anche tutti coloro che hanno assistito alla scena discutono l’accaduto. Si parte dalle percezioni dei partecipanti (come ti sei sentito?), che vanno accolte e non giudicate. A motivo dell’elevato livello di esposizione personale dei partecipanti, il *role play* è molto potente ma richiede anche una conduzione esperta e attenta. Giova infatti ricordare che il *role play* nasce come tecnica psicoterapeutica, come specializzazione dello psico-dramma usato nelle terapie di gruppo. È quindi della massima importanza che la conduzione dell’attività sia affidata ad un tutor formato e di esperienza, che sappia tenere il gruppo nei confini delle regole (atteggiamento non giudicante, riflessione sul vissuto personale, estensione alle implicazioni nelle situazioni lavorative), gestendo con prontezza gli sconfinamenti. Tali situazioni possono infatti incidere molto negativamente sui singoli (attacco all’autostima) e del gruppo (slantizzazione di situazioni relazionali conflittuali).

D. Autocasi

Il metodo degli autocasi fa parte di una classe di metodi noti come metodi di ricerca d’aula.

Sono una classe di metodi didattici basati su due elementi fondamentali: utilizzano come materiale su cui lavorare l’esperienza che i partecipanti riportano dal loro lavoro quotidiano. Inoltre, i casi vengono elaborati tramite tecniche simili o mutuata dalle metodologie di ricerca delle scienze umane (psicologia, sociologia, organizzazione, ...)

I presupposti teorici sono che ogni persona crea schemi di rappresentazione e di interpretazione della realtà, personale o lavorativa. Essi conferiscono senso a ciò che accade e permettono previsioni. L’incapacità di dare senso è un’esperienza molto penosa, ma quando uno schema non risponde più allo scopo, si tende per difesa a mantenerlo e a spostare il problema all’esterno:

- non sono io incapace di comprendere, è il mondo esterno che è “sbagliato”
- non è l’organizzazione inefficace, sono le persone ad essere incompetenti

- non è l'istituzione incapace di gestire il fenomeno migratorio, sono i migranti ad essere sballati

I metodi di ricerca presuppongono che una persona con un problema sappia di dover "cambiare qualcosa" ma non sa né cosa né come farlo. Il problema è cambiare gli schemi e non gli elementi da porre negli schemi, che sono i "dati": nel nostro caso le persone, migranti e colleghi, che sono come sono. Ciò è difficile ma è possibile, a partire dalla consapevolezza dei propri schemi, acquisita con l'aiuto di altri, che evidenziano le risposte incoerenti fornite dagli schemi, da superare o integrare o affiancare ad altri, nuovi.

Il metodo degli autocasi incarna in modo più tipico forme e scopi della ricerca d'aula.

Si presta al raggiungimento di obiettivi di alto livello tassonomico (decidere, progettare, organizzare, diagnosticare problemi prevalentemente relazionali nei contesti lavorativi, ...)

Consente di utilizzare in modo più consapevole i modelli di rappresentazione posseduti e di acquisire nuovi modelli di rappresentazione. Favorisce inoltre un diretto trasferimento del lavoro d'aula alla realtà lavorativa, perché si utilizzano casi reali e quotidiani. Non da ultimo, l'esperienza di una serie di sessioni di autocasi consente di "imparare ad imparare" dall'esperienza. La struttura del metodo prevede la scelta del caso e una sequenza di fasi.

I casi devono essere realmente avvenuti, sia vissuti personalmente che raccolti per testimonianza, devono contenere un interrogativo autentico, a cui il proponente cerca risposta, devono essere significativi e collegati a tematiche di interesse generale. Esempi di possibili casi sono storie di conflitti di competenza, incidenti causati dall'applicazione rigida di regole o da errori di interpretazione culturale di situazioni relative ai migranti.

Le fasi di questa attività, schematicamente, prevedono:

1. Divisione in piccoli gruppi (4-5 persone), all'interno dei quali si condividono i casi personali e se ne sceglie uno da presentare come gruppo
2. Restituzione in plenaria e scelta collettiva di un caso da discutere tra quelli proposti dai gruppi
3. Presentazione dettagliata del caso da parte del proponente e formulazione dell'interrogativo al gruppo: avrei dovuto comportarmi diversamente? cosa avrei dovuto fare/evitare? cosa avrei dovuto considerare? perché è accaduto questo? che significato ha?
4. Domande di approfondimento al presentatore, per avere chiarimenti o altre informazioni. Già in questa fase le domande possono far emergere dati non coerenti con lo schema del presentatore, aperture verso prospettive non previste nel racconto iniziale
5. Discussione vera del caso: non è strutturata ma spesso attraversa fasi di commenti a ruota libera, proposte individuali di diagnosi, orientamento diagnosti-

co e risolutorio del gruppo. Il presentatore ascolta e non commenta. Se serve, aggiunge dettagli come unica reazione

6. chiusura da parte del docente conduttore: sistematizza e organizza quanto emerso, aggiunge un'interpretazione teorica quando possibile, per dare valore aggiunto

Il tutto si svolge in un clima accogliente e non giudicante. Il presentatore non è un imputato inquisito, ma il componente di una squadra impegnata a definire nuovi punti di vista su un problema. Non si tratta di individuare l'errore, ma di formulare diagnosi e condividere con tutto il gruppo un cambiamento di punto di vista. Ricordiamo, con le parole di Albert Einstein, che "Non è possibile trovare la soluzione di un problema all'interno del sistema che ha generato il problema stesso".

E. Formazione sul campo (FSC)

La FSC è uno dei metodi più potenti di formazione. La sua specificità è l'ambito in cui la formazione viene erogata: la caratteristica fondamentale infatti è quella di effettuare formazione non nell'aula di formazione o nel laboratorio di simulazione, ma nel contesto lavorativo del discente o in un contesto analogo attuale o futuro.

Le attività di FSC si rivolgono al singolo professionista ma anche al gruppo di lavoro in quanto tale. Infatti le forme riconosciute di FSC nel sistema nazionale ECM¹ sono il training individualizzato (indicato anche come tirocinio o stage) rivolto al singolo, la partecipazione a progetti di ricerca riconosciuti (individuale o come team), l'audit clinico (attività che tipicamente coinvolge l'intero gruppo di lavoro di una unità operativa) e i gruppi di miglioramento. Qui di seguito discutiamo brevemente del training individualizzato e dei gruppi di miglioramento, come metodi particolarmente adatti al tema generale di questo manuale.

1. Attività di training individualizzato

Consiste nell'apprendimento di abilità che si realizza in un contesto lavorativo attraverso l'applicazione di istruzioni e procedure, l'esecuzione di attività professionali specifiche, l'utilizzo di tecnologie o strumentazioni. L'apprendimento nel training può essere esteso anche agli aspetti relazionali tra i professionisti e con l'utenza purché, per ogni progetto di training individualizzato, siano evidenti nella progettazione e nella realizzazione della attività formativa qual è il contesto lavorativo e quali le ricadute professionali e organizzative. Nel caso della formazione di cui si tratta in questo manuale, si dovrà avere cura di definire un progetto e programma formativo che evidenzia con chiarezza quali abilità specifiche verranno sviluppate, con quali strumenti e come verrà valutato l'apprendimento alla fine del training.

In questo metodo è centrale il rapporto con un tutor, nel rapporto preferenziale di 1:1/1:2. Le metodologie didattiche possono essere diversificate per ogni situazione.

1 Il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) è il processo nazionale di formazione obbligatoria mirato all'aggiornamento continuo di tutti i professionisti sanitari

ne, ma sono ricondotte prevalentemente all'affiancamento e all'esecuzione con supervisione, corredate dai fondamentali momenti di *briefing* e *debriefing*. Infatti, solo gli espliciti mandati di lavoro assegnati al discente nel briefing di inizio giornata e la riflessione condotta nel *debriefing* consentono di attivare quel fondamentale ciclo di apprendimento esperienziale noto come ciclo di Kolb: vivo un'esperienza, ci rifletto sopra formalmente (per iscritto o a voce col tutor), mi riferisco alla teoria per interpretare la riflessione, progetto nuove esperienze per il prossimo ciclo di apprendimento.

2. Gruppi di miglioramento

Per partecipazione a gruppi di miglioramento si intendono attività, per lo più multiprofessionali e multidisciplinari, organizzate all'interno del contesto lavorativo con la finalità della promozione della salute, del miglioramento continuo di processi clinico-assistenziali, gestionali o organizzativi, del conseguimento di accreditamento o certificazione delle strutture sanitarie. In questi gruppi, l'attività di apprendimento avviene attraverso l'interazione con i pari. Si tratta quindi di un progetto elaborato dal gruppo di una unità operativa, che si propone di perseguire un miglioramento funzionale. Le attività con cui il miglioramento verrà perseguito agiranno anche da contesto per l'apprendimento di nuove conoscenze e abilità da parte dei partecipanti.

La progettazione delle attività di un gruppo di miglioramento prevede una sequenza di passi:

- Premessa ed obiettivi generali: a partire dall'analisi del contesto, si dà un'accurata definizione del problema e delle motivazioni del progetto; si indica il risultato complessivo che si intende raggiungere; si indica l'impatto sull'organizzazione
- Obiettivi specifici: devono risultare congruenti con le fasi di lavoro, con le azioni ed i tempi individuati e coerenti con il problema e gli obiettivi generali
- Ricadute formative: possono essere l'acquisizione e/o il miglioramento di abilità pratiche, competenze organizzative e relazionali; capacità di utilizzo di tecnologie e strumenti, ...
- Fasi di lavoro e tempi: vanno espressi in un crono-programma
- Valutazione finale: vanno elencati uno o più strumenti o criteri o indicatori di valutazione dei risultati ottenuti in termini di miglioramento
- Valutazione di apprendimento: va dichiarata la modalità utilizzata per la valutazione di apprendimento individuale dei partecipanti

Un esempio di attività da gruppo di miglioramento potrebbe essere la costruzione e produzione del Profilo di salute dei territori a partire dalle indicazioni contenute nel Format di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata, prodotto dal progetto FOOTPRINTS. Questa attività è inoltre un tipico esempio di azione di una "comunità di pratica".

F. *Medical Humanities* (MH)

In senso lato, si indicano con MH un vasto insieme di metodi formativi incentrati sull'uso di arti figurative, letteratura, teatro, cinematografia, danza e musica, nonché di metodi che attingono dall'apporto delle Scienze Umane (antropologia, filosofia, psicologia, sociologia, storia, ...).

Nell'attuale vocabolario pedagogico italiano, il termine formazione ha a che fare con l'acquisizione di conoscenze e competenze (in questo senso è "dare forma", ad esempio ad un medico o un infermiere), mentre il termine educazione indica un processo che potremmo indicare come trasmissione culturale di valori morali ed elementi estetici, favorendo l'emergenza (*ex-ducere*) di una struttura di personalità umana integrata nella società. In questo senso è evidente che le *Medical Humanities* sono principalmente strumenti educativi, anche se possono avere anche valore formativo. Le MH possono dare risposta ai bisogni educativi e formativi che hanno a che fare con la consapevolezza e la sensibilità al contesto, con la capacità di accogliere punti di vista diversi, con la cura di sé e la prevenzione del *burnout*, la riflessione sulle emozioni messe in gioco nell'attività professionale, la capacità di osservazione e di pensiero critico, lo sviluppo della competenza narrativa.

Sono attività di MH la visione di film (interi o spezzoni), di sequenze di immagini (foto e quadri), l'ascolto di brani di letteratura o poesia. Si può anche proporre la pratica personale (esercizi di recitazione, produzione di collage, ...). Naturalmente queste attività non possono essere scollegate dal resto dell'evento di formazione e devono essere sempre accompagnate da un recupero riflessivo. Possono servire per introdurre una sessione, creare una dissonanza cognitiva che apra ad un apprendimento trasformativo, esemplificare l'ambiguità e la complessità che caratterizza in grande misura le nostre vite quotidiane e professionali. Infine, le attività di MH non possono essere – come è stato detto – la "glassa sopra la torta", cioè un mero oggetto di abbellimento di un'attività di formazione. Esse necessitano di uno spazio e un tempo dedicato ed idoneo, che va previsto nella progettazione complessiva.

■ La valutazione degli esiti

A. Cosa vuol dire valutare?

Al termine di ogni attività didattica è fondamentale accertare se e in che misura siano stati raggiunti gli obiettivi formativi stabiliti, cioè valutare l'apprendimento. Anche in attività di formazione che si sono poste obiettivi ambiziosi, di alto livello (capacità di analizzare, organizzare, decidere, programmare, comunicare efficacemente, ...) è possibile progettare ed effettuare attività valutative, se ci si dedicano tempo e risorse. L'idea di valutazione porta con sé immediatamente l'idea di attribuzione di un "valore", che può essere variamente espresso attraverso l'inserimento dell'oggetto da valutare in una classe (ad esempio: idonei, non idonei), attraverso la comparazione con un criterio (ad esempio: superiore al livello atteso, lontano dallo standard) o attraverso una misura (ad esempio un voto o un punteggio). In realtà la valutazione va intesa in senso più ampio, come un'attività sociale complessa, in cui il "valore" è una costruzione culturale, spesso legata ad un gruppo sociale identificabile. Non si valuta solo l'apprendimento dei discenti, ma – specie nel caso in cui i discenti siano adulti e professionisti – anche il loro coinvolgimento, gradimento ed utilità percepita. Inoltre, si valuta l'efficacia e l'efficienza dell'azione didattica messa in opera, eventualmente per correggerla.

Infine, gli atti di valutazione possono essere effettuati durante il percorso formativo ed intercalati tra le attività didattiche. Si parla in questo caso di "valutazione formativa", attività che ha un elevatissimo valore di apprendimento, rinforzando le acquisizioni nei discenti e fornendo un feedback prezioso ai docenti.

Nel costruire un sistema di valutazione bisogna specificare quindi:

- perché si valuta
- per conto di chi si valuta
- chi si valuta
- cosa si valuta
- come si valuta

A titolo esemplificativo, per rendere più chiaro il senso di queste domande, nel caso della valutazione dei risultati di apprendimento delle attività residenziali del progetto FOOTPRINTS², le risposte a queste domande sono state:

2 Per una descrizione delle attività si rimanda alla Parte seconda di questo manuale

1. Perché si valuta: l'obiettivo della valutazione è descrivere alcune caratteristiche del gruppo costituito dai referenti regionali, al duplice fine di:
 - misurare le attitudini alla riflessione sui temi propri del progetto da parte dei partecipanti, come base per il proseguimento dell'azione di affiancamento dei referenti regionali e di sviluppo della loro azione nel territorio, anche dopo la fine del progetto FOOTPRINTS
 - identificare i bisogni formativi e i principali temi di interesse emersi al seguito delle attività residenziali, come base per sviluppare il modello di formazione
2. Per conto di chi si valuta: la valutazione è un impegno contrattuale col Ministero committente del progetto, destinata pertanto a documentare l'efficacia del progetto stesso. Inoltre, è anche precipuo interesse dei componenti dell'equipe del progetto acquisire informazioni utili al proseguimento delle attività di supporto ai referenti regionali
3. Chi si valuta: saranno valutati i referenti regionali che hanno partecipato ad almeno un incontro di formazione residenziale
4. Cosa si valuta: i costrutti valutati saranno
 - la competenza riflessiva, specificamente rivolta alle attività di formazione residenziale e ai risultati di apprendimento raggiunti
 - la percezione espressa dai partecipanti rispetto ai principali risultati di apprendimento acquisiti e alle attese di applicazione di quanto appreso
5. Come si valuta: il metodo di valutazione è stato la produzione di un testo riflessivo in risposta ad una serie di domande di stimolo. Il testo è stato sottoposto ad analisi qualitativa dei contenuti e ad analisi oggettiva della capacità riflessiva attraverso l'uso di una rubrica standard. (la rubrica verrà presentata poco più avanti nel testo)

B. Livelli di valutazione

I diversi scopi della valutazione, e i loro relativi metodi, possono essere classificati in accordo al modello di Kirkpatrick. Il modello prevede 4 livelli di valutazione, definiti come segue:

1. Gradimento: è la rilevazione della percezione generale dei partecipanti circa l'evento formativo e la loro soddisfazione in merito agli obiettivi del programma, ai contenuti e all'organizzazione e ai formatori. Si conduce classicamente con l'uso di questionari di gradimento.
2. Apprendimento: è la misurazione delle conoscenze e abilità acquisite o delle modifiche degli atteggiamenti a seguito della formazione. È la forma di valutazione più nota, che si conduce con una gran varietà di strumenti, di cui dovrebbe essere nota validità e affidabilità qualora producano un risultato numerico.
3. Comportamento: questo livello - indicato anche come persistenza - valuta le mo-

dalità o misura il grado in cui l'apprendimento ha influenzato il comportamento successivo alla formazione nella pratica quotidiana. Si conduce con gli stessi strumenti del livello 2 somministrati a distanza di tempo (studio di persistenza) ma anche con survey di follow up circa i comportamenti.

4. **Impatto organizzativo:** quest'ultimo livello valuta i risultati concreti derivanti dalle prestazioni professionali conseguenti alla partecipazione all'evento formativo. Si tratta in altre parole di valutare se a seguito della formazione non solo sono cambiati il comportamento e l'organizzazione del lavoro (livello 3), ma se da questi cambiamenti sono scaturiti esiti migliori, ad esempio in termini di salute della popolazione assistita dai professionisti oggetto della formazione.

Se volessimo esemplificare questi livelli nel contesto delle attività del progetto FOOTPRINTS, il livello 1 corrisponde alle domande con cui sono stati esplorati il gradimento complessivo delle attività di formazione residenziale e gli argomenti di maggior interesse e utilità percepita; il livello 2 (non applicato nel progetto) sarebbe consistito in una serie di test strutturati o di saggi scritti brevi con cui si sarebbero valutate l'acquisizione di conoscenze fattuali e procedurali, nonché la capacità di applicarle a contesti ben definiti per risolvere problemi; il livello 3 è consistito nell'analisi tematica dei contenuti degli scritti riflessivi, con cui – tra le altre cose – si sono esplorati i progetti o le prime iniziative locali di applicazione immediata di quanto appreso con la formazione FOOTPRINTS; il livello 4 prevedrebbe la conduzione di studi prospettici nel territorio, per documentare la variazione di alcuni indicatori di salute nella popolazione di riferimento del progetto.

C. Metodi di valutazione

Una elencazione e discussione anche solo sommaria dei metodi di valutazione prevedrebbe una trattazione molto più ampia di quanto previsto per gli scopi di questo manuale. Si rimanda alla bibliografia di riferimento per l'approfondimento.

Come abbiamo fatto per le teorie pedagogiche e per i metodi didattici, ci limitiamo ad una veloce disamina delle principali tipologie di metodi di valutazione, usando il criterio dell'allineamento costruttivo come filo guida. Tutto inizia quindi dalla definizione degli obiettivi: il metodo di valutazione dovrà essere coerente al "verbo" usato nella costruzione dell'obiettivo. Se il verbo indica un'azione cognitiva di basso livello tassonomico (elencare, descrivere, spiegare il funzionamento, ...) la prova di valutazione deve prevedere queste azioni, solo queste e non altre (come "risolvere un problema"). Se il verbo indica un'azione di alto livello cognitivo o tecnico, la valutazione dovrà necessariamente basarsi sulla verifica della capacità di decidere, organizzare, analizzare, progettare o "fare" qualcosa.

Le principali classi di metodi di valutazione utili nel contesto di cui ci stiamo occupando sono elencate qui di seguito.

1. Test scritti strutturati

Sono il tipo di test più conosciuto e, spesso, abusato. Sono utili per valutare l' apprendimento della conoscenza di significati, fatti e procedure, quindi per obiettivi cognitivi di livello di base.

Sono essenzialmente costituiti dai **test vero/falso**, **test a scelta multipla**, test ad incrocio, test delle caratteristiche principali (*key feature problems*).

Un problema generale di questo tipo di test è che la risposta giusta è tra quelle proposte e può essere indovinata casualmente dal discente (con 4 scelte, la probabilità di indovinare per caso è del 25%) o può essere intuita a partire da suggerimenti involontari contenuti nella domanda.

Il primo problema viene affrontato aumentando il numero di scelte. Ad esempio, in un quiz di tipo vero/falso la probabilità di indovinare la risposta corretta anche senza conoscerla è ovviamente del 50%. Se il test viene costruito assemblando in batteria una serie di domande vero/falso relative ad uno stesso argomento, la probabilità complessiva di indovinarle tutte per caso è molto minore. Il secondo problema si risolve con una formulazione molto attenta delle domande e delle risposte. Uno degli errori più frequenti è che la risposta corretta è più lunga e dettagliata delle altre.

Le **domande ad incrocio** esplorano la capacità associativa del discente, cioè la sua capacità di accoppiare due concetti correlati, come una norma e una situazione, un centro di responsabilità e una funzione e così via. Quando si tratta di accoppiare un numero pari di elementi si parla di domanda a incrocio semplice. In questo caso, via via che si individuano le coppie, i restanti incroci sono sempre più facili perché le scelte si riducono, fino a che l'ultima coppia risulta costituita automaticamente. Le domande a incrocio esteso viceversa sono strutturate con un numero di opzioni che è superiore a quello delle situazioni a cui vanno accoppiate, così che l'accoppiamento sia più sicuramente espressione della conoscenza del discente.

I **test delle caratteristiche principali** sono essenzialmente descrizione di casi problematici reali o realistici in cui a sezioni narrative si alternano sezioni con domande. Le sezioni narrative espongono i dati del problema (persone o gruppo sociale di cui si parla, contesto, problema, attori in gioco, ...) mentre le sezioni con le domande esplorano la conoscenza che il discente ha delle azioni o scelte fondamentali da fare nella circostanza illustrata, come snodi critici del processo decisionale. Il discente procede lungo l'esercizio, rispondendo alle domande e leggendo la sezione narrativa successiva per acquisire nuove informazioni sui fatti e sui dati che si sono generati. Se il test viene somministrato su carta, una difficoltà è non fornire la risposta ad una domanda nelle sezioni narrative successive, perché il discente potrebbe anticiparne la lettura. Se il test viene somministrato su computer, sarà il sistema a consentire la prosecuzione solo dopo aver risposto alla domanda.

2. I questionari a scala Likert

Sono destinati a "misurare" costrutti di natura psicologica, relativi a opinioni, preferenze, attitudini, sistemi di convincimento. La loro progettazione è meno

semplice di ciò che si possa pensare, perché la loro affidabilità dipende dalla chiara identificazione del costrutto che sono destinati a valutare. Anche nel caso più semplice e di comune uso in didattica, cioè il caso del “**questionario di gradimento**”, bisogna evitare formulazioni generiche come “ho gradito il corso” o comunque accompagnarle a domande più specifiche (completezza, grado di approfondimento e appropriatezza dei contenuti, modalità di esposizione, materiali di accompagnamento, interazione in aula, utilità percepita, applicabilità di quanto appreso, ...).

Non esiste alcuna regola circa il numero di gradi da assegnare alla scala o se i gradi debbano essere in numero pari o dispari. I vantaggi dell’adottare pochi gradi sono di una più netta suddivisione del giudizio, che di converso perde di sfumature: più spesso si oscilla fra 5 e 9. Un numero di gradi pari consente di bipartire in “positivo e negativo” le risposte, poiché non c’è un grado centrale neutro (come ad esempio il 4 in una scala a 7 gradi) ma non necessariamente avere un grado intermedio neutro è uno svantaggio. Ogni questionario andrebbe validato prima dell’uso effettivo, come minimo facendolo esaminare da un osservatore competente ma esterno al processo di progettazione.

3. Risposte aperte brevi o saggi

Le domande a risposta aperta breve valutano lo stesso tipo di conoscenza dei quesiti a scelta multipla, ma si basano sul richiamo attivo del termine giusto e non sul suo riconoscimento fra 4 o 5 opzioni. Sono quindi più potenti, ma più difficili da valutare, perché sono possibili risposte ambigue, che andranno esaminate una per una. È quindi indispensabile che la domanda sia formulata in modo tale che la risposta corretta sia una parola o un’espressione di poche parole, senza possibili ambiguità.

I saggi sono componenti scritti, più o meno lunghi, dalle 200 parole (un terzo di pagina) in su. Consentono una grande libertà espressiva e sono adatti a valutare molte dimensioni diverse, cognitive di alto livello (analisi, progettazione, ...) o legate ad abilità trasversali come il pensiero critico o creativo. Il problema è naturalmente la loro valutazione, che prevede la lettura e analisi attenta del testo, che viene interpretato attraverso una griglia, strutturata come “rubrica”. Una rubrica è una griglia, in cui ad ogni riga corrisponde un’abilità specifica e ad ogni colonna un livello di performance progressiva. In ogni cella della griglia, una breve frase descrive l’azione che corrisponde a quel livello di performance per quella abilità. La rubrica deve essere nota ai discenti fin dall’inizio del corso, perché rappresenta una parte qualificante del patto d’aula, cioè dell’accordo che si stabilisce fra docenti e discenti circa gli obiettivi della formazione, i metodi e le regole.

Nel progetto FOOTPRINTS, i testi riflessivi finali sono stati valutati con la versione italiana della rubrica REFLECT (cfr. Tabella1), specializzata nel valutare l’atteggiamento riflessivo espresso in uno scritto. A fine di questo capitolo si riporta la griglia a titolo di esempio.

4. Simulazioni in situazione

L'unico metodo coerente per valutare abilità come quelle di comunicazione e relazione nonché di lavoro in squadra e inter-professionale è far agire al discente delle simulazioni in cui possa mostrare il suo comportamento, le sue scelte, il suo atteggiamento e stile. Queste performance vanno valutate con griglie di osservazione e il giudizio finale va discusso all'interno di un debriefing formativo, secondo quanto accennato nel paragrafo dedicato al tema delle simulazioni, briefing e debriefing. Così come scritto più sopra per la rubrica, anche la griglia di valutazione deve essere nota ai discenti all'inizio del corso.

5. Project work

Se il corso di formazione è stato condotto nel contesto di una comunità di pratica e prevedeva l'elaborazione di un progetto finale, il progetto stesso rappresenta anche la prova di valutazione. Come per i saggi scritti, anche in questo caso deve essere stabilita una griglia di valutazione che riporti i criteri di giudizio. L'ideale è che la griglia sia elaborata in cooperazione con gli stessi discenti a inizio corso, perché essa di fatto rappresenta i criteri di buona progettazione.

Tabella 1 – La rubrica REFLECT

La rubrica REFLECT (Reflection Evaluation For Learners' Enhanced Competencies Tool)

CRITERIO	Azione abituale	Azione ponderata	Riflessione	Riflessione critica
Attenzione alle emozioni	Attenzione alle emozioni assente o molto ridotta	Le emozioni sono riconosciute ma non esplorate	Le emozioni sono riconosciute, esplorate con attenzione	Le emozioni sono riconosciute, esplorate con evidenza di introspezione
Analisi e ricerca di significato	Nessuna analisi e ricerca di significato	Analisi e ricerca di significato debole e poco chiara	Analisi e ricerca di significato modesta	Esauriente analisi e ricerca di significato
Attenzione al compito	Non si attiene alla traccia indicata né spiega perché ha scritto di altro	Si attiene solo parzialmente alla traccia indicata e non spiega perché ha scritto di altro	Si attiene pienamente alla traccia indicata e, quando devia, spiega perché ha scritto di altro	Si attiene pienamente alla traccia indicata e, quando devia, spiega perché ha scritto di altro

Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad Med.* 2012 Jan;87(1):41-50.

Parte Seconda

Il progetto FOOTPRINTS e la formazione come sostegno alla capacity building istituzionale

In questa seconda parte del manuale verrà presentata in dettaglio la progettazione delle attività formative del progetto Footprints, anche con lo scopo di esemplificare alcuni dei concetti (teorie e metodi) illustrati nella prima parte.

■ Il progetto FOOTPRINTS in breve

In questo paragrafo verranno brevemente ricapitolati il contesto, gli obiettivi e le attività del progetto FOOTPRINTS (FORMAZIONE OPERATORI DI SANITÀ PUBBLICA per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti), a beneficio di coloro che non sono stati coinvolti nelle attività del progetto stesso. Ci si limiterà a quanto necessario alla comprensione del contesto di questo manuale, rinviando per informazioni più dettagliate alla piattaforma *Internet* del progetto disponibile, al seguente link <https://progettoFOOTPRINTS.it/>

Il contesto in cui si colloca FOOTPRINTS è il fenomeno migratorio, che rappresenta una sfida per il nostro sistema sanitario, per l'eterogeneità dei bisogni di salute a cui si deve rispondere, legata alla composizione anagrafica, multi-etnica e multiculturale della popolazione migrante. È una sfida in quanto richiede approcci organizzativi diversificati ed elastici, necessari per adattare il sistema delle risorse locali ai flussi di persone e al loro *status* giuridico. Malgrado l'eterogeneità e la necessaria elasticità, una risposta efficace deve necessariamente basarsi su di un approccio di sistema finalizzato a superare la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni tampone, messe in atto seguendo un approccio emergenziale al fenomeno/problema, proponendo invece modalità assistenziali, principi e processi organizzativi standardizzati e coordinati, basati su evidenze scientifiche ed efficienti nell'utilizzo delle risorse a disposizione.

L'obiettivo generale di FOOTPRINTS è superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali per giungere alla definizione di modalità operative uniformi sul territorio nazionale per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica riguardanti la popolazione migrante, rafforzando così i sistemi di *governance* regionali su questi temi. Si è voluto perseguire questo risultato attraverso la formazione di referenti regionali e operatori sociosanitari, il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali e la creazione di comunità di pratica che favorissero il confronto tra referenti regionali.

Questo obiettivo generale è stato articolato in tre obiettivi specifici, per come segue:

- A. Rafforzamento delle competenze del personale delle Regioni e Province autonome per una efficace risposta ai bisogni in materia di salute pubblica della popolazione migrante.
- B. Promozione di un percorso sistematico per la definizione di un documento regionale sulle modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica e il rafforzamento delle potenzialità gestionali, che metta in pratica gli indirizzi e le linee guida nazionali per la salute dei migranti.
- C. Creazione di una Comunità di pratica che, attraverso l'uso delle tecnologie multimediali e di internet (piattaforme E-learning e sistemi di rete online), assicuri una collaborazione a distanza, in una prospettiva di apprendimento continuo e permanente.

Le attività del progetto si sono sviluppate nella formazione specifica di 90 referenti delle Regioni e Province Autonome ai temi della prevenzione e promozione della salute dei migranti. La formazione è stata condotta in parte a distanza, mediante l'uso di una piattaforma *Internet* (<https://progettoFOOTPRINTS.it/>), che rappresenta uno dei prodotti del progetto, in parte attraverso due incontri residenziali macroregionali di due giornate ciascuno. L'intero processo è stato assistito attraverso l'affiancamento dei gruppi regionali/provinciali da parte di facilitatori della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), *partner* del progetto, con lo scopo di supportare i processi di progettazione regionale/provinciale (a partire dall'analisi delle criticità e delle risorse presenti a livello territoriale) e di costruire un Format nazionale per l'elaborazione di piani regionali/provinciali di coordinamento per la salute dei migranti, sulla base delle riflessioni condivise nelle formazioni residenziali. L'Associazione Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (ACPPCCLM-M&C), altro *partner* del progetto, ha diretto l'implementazione della piattaforma *Internet*, organizzato gli incontri residenziali e collaborato con SIMM nella progettazione e conduzione delle attività di formazione, inclusa la stesura di questo manuale. Il Ministero della Salute ha coordinato l'intero progetto, come ente capofila.

■ I fondamenti della formazione FOOTPRINTS

A. Alcune premesse

Secondo alcuni linguisti, “educare” viene sì dal latino ma non da *educere* (= tirar fuori), bensì da un verbo latino arcaico, poi caduto in disuso, almeno rispetto al senso originario, cioè *educare*, che nella società e nella lingua vetero-latina aveva il significato di piantare dei pali terminanti a forcella accanto alle viti, così che i tralci, crescendo, allungandosi, si potessero appoggiare alle forcelle e, in tal modo non cadere a terra sotto il peso dei grappoli.

Pur non interessandoci qui di questioni linguistiche, e ricordando le differenze tra ‘educare’ e ‘formare’, le metafore generate dalle due etimologie sono significative. Solida e consolidata quella dell’*educere* “tirar fuori”; ma ancor più significativa quella della vite, in particolare perché in questo caso non c’è un soggetto dal quale un’altra persona tira fuori qualcosa che è dentro di lui, bensì un soggetto che cresce e si sviluppa autonomamente. La visione richiamata dalla metafora della vite, infatti, ha un valore potente nell’ambito della formazione degli adulti, in particolar modo nel momento in cui si ragiona di come questa possa essere una strategia di sostegno e rafforzamento delle competenze dei professionisti coinvolti nei processi di tutela e promozione della salute dei migranti.

In questa prospettiva, la formazione costruita all’interno del progetto FOOTPRINTS ha inteso assumere prima di tutto un significato problematizzante, che ha comportato soprattutto superare la dicotomia tra educatore/educandi e assumere le caratteristiche della **dialogicità** (Freire, 2002). Costruire una formazione problematizzante e dialogica ha implicato, come prima cosa, ripensare l’impianto formativo sia sul piano dei ruoli e dei contenuti che sul piano delle metodologie.

L’insegnamento più tradizionale si caratterizza soprattutto per la centralità dell’aula e l’idea di trasmissione del sapere; al contrario, l’idea del progetto FOOTPRINTS è stata quella di favorire il più possibile una logica dell’apprendere che si basa sulla capacità, di chi è chiamato ad apprendere, di elaborare l’esperienza – individualmente e in gruppo – che diventa così la principale fonte di conoscenza. La letteratura ha evidenziato, infatti, che le attività formative che pongono il partecipante in un ruolo passivo, e che non riflettono sulle pratiche e le esperienze dei discenti, hanno scarsa efficacia nel modificare le azioni e, in questa prospettiva, il trasferimento delle conoscenze alla pratica è piuttosto – o quantomeno – tortuoso. Non esiste, in altre parole, un rapporto lineare tra la formazione sviluppata in

queste modalità e i suoi effetti, mentre appare molto più incisiva la formazione incentrata sull'esperienza dei professionisti e sui processi di riflessione ad essa abbinati. Il percorso progettato, quindi, intendeva non tanto fornire informazioni aggiornate ed elementi di conoscenza sulle tematiche di riferimento, ma sviluppare un processo di riconoscimento e di messa in discussione dei paradigmi in base ai quali si leggono le dinamiche di relazione tra salute e migrazione e si instaurano collaborazioni tra i soggetti in esse coinvolti. In particolare, l'approccio del Progetto ha inteso valorizzare quei legami con le dimensioni professionali dei referenti, cercando di farne emergere le sfaccettature e le stratificazioni, nella convinzione che fosse necessario ed utile riflettere sulle reali dinamiche, facendo da questo scaturire quella conoscenza utile per i passaggi successivi di programmazione e coordinamento a cui erano chiamati i discenti. Per questo motivo, lungo tutto il percorso predisposto, è stato dato ampio spazio ai processi relativi all'acquisizione di capacità riflessive e consapevolezze critiche, creando ponti e legami tra le tematiche trattate e le realtà dei soggetti coinvolti, a partire dalla convinzione che il migliore contesto di apprendimento è quello esperienziale.

L'altro tassello fondamentale nella progettazione della proposta formativa, è stata la consapevolezza di una necessaria impostazione **multidisciplinare e multiprofessionale**, in termini di contenuti, di riferimenti alle pratiche e di partecipanti; già nel 1987 l'OMS - in un documento intitolato emblematicamente *"Learning together to work together for health"* - evidenziava come la "multiprofessional education" sia un'ottima strategia per migliorare la competenza degli operatori sanitari, in particolare la loro capacità di fornire assistenza sanitaria pertinente ai reali bisogni di salute. Di fatto, la dimensione della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità si lega a doppio filo sia con i temi al centro della riflessione sia - ancor di più - con le pratiche che li accompagnano. Il tema della migrazione è già di per sé un ambito che richiama diversi piani di riflessione, e l'ambito che lega la salute dei migranti al sistema di politiche di coordinamento territoriali amplifica di fatto ancor di più i campi di risonanza e di necessaria attenzione. Al contempo, un impianto multidisciplinare e multiprofessionale (negli obiettivi e nei destinatari), per quanto ricco e fecondo, richiede particolare attenzione, poiché - come abbiamo visto - la definizione degli obiettivi formativi richiede una specifica declinazione rispetto alle professioni. Progettare una formazione in questa prospettiva, comporta l'allargamento del bacino degli obiettivi formativi, aggiungendo quello relativo alla capacità di confronto e riconoscimento del valore dell'approccio multiprofessionale.

Infine, facciamo qui un piccolo cenno alle questioni richiamate dall'ambito di azione del progetto, ovvero le dinamiche che legano salute e migrazioni, avvicinandosi a tali questioni, talvolta, prende il sopravvento un approccio segnato dalla convinzione di 'eccezionalità' ed 'emergenza' di tali tematiche, mentre sarebbe auspicabile iscriverle in cornici ben più ampie, come quella della sanità pubblica o quella dell'equità.

Infatti, l'impegno per il miglioramento della salute delle popolazioni migranti attraverso processi formativi che coinvolgono gli operatori della salute deve essere finalizzato alla disseminazione della consapevolezza dei meccanismi alla base dei processi di **disuguaglianze di salute** che coinvolgono i migranti, ossia la presa in considerazione di un complesso intreccio di fattori. Non sono, infatti, le variabili di etnia o cultura – che non definiscono categorie consolidate, né tantomeno epidemiologiche – ma è l'aver sperimentato una storia di migrazione che pone le persone straniere in una posizione di potenziale vulnerabilità. La posizione dei migranti è, infatti, immersa in dinamiche caratterizzate da una pluralizzazione delle fonti di disuguaglianza che vede la compresenza di variabili tradizionali (come il reddito) e aspetti relativi alle situazioni di vita dei soggetti che conducono a più situazioni di svantaggio, ad un'esposizione più ampia alle vulnerabilità identificate dal modello dei determinanti sociali della salute. Riflettere su queste disuguaglianze di salute vuol dire, innanzitutto, abbandonare la visione della salute come sola assenza di malattia e intenderla come un diritto umano fondamentale che, quindi, non si esaurisce alla dimensione biologica ma si estende a quella sociale, economica e politica. Per tornare alla formazione, il passaggio obbligato diviene, quindi, quello in cui il sistema salute ha la capacità e la motivazione a formare professionisti che siano in grado di conoscere e ri-conoscere, comprendere e rispondere in modo adeguato ai cambiamenti che le migrazioni generano nel contesto sociale e nei processi e luoghi di cura.

Proprio a partire da queste riflessioni, il percorso formativo FOOTPRINTS ha voluto avviare un processo di acquisizione di consapevolezza critica che potesse portare il professionista a riconoscere il legame e saper analizzare il peso che le intersezioni esistenti tra lo *status* di immigrato e altri determinanti sociali della salute – come il genere, la classe sociale, l'appartenenza etnica, l'età e le altre distinzioni sociali – possono esercitare sullo stato di salute e benessere delle popolazioni migranti. Questa prospettiva che invita il professionista a leggere le dinamiche di salute secondo l'approccio dei determinanti sociali della salute non può essere sterile e a-storica, ma deve porsi criticamente in un rapporto di dialogo costruttivo con la realtà. Ciò vuol dire che questo tipo di formazione ha come obiettivo la sollecitazione e a prendere posizione di fronte ai processi di produzione di disuguaglianze di cui ciascun professionista è spettatore nella sua pratica e a vedere, come parte integrante della sua azione professionale, l'impegnarsi attivamente per dei cambiamenti reali nel mondo. Si tratta, di riconoscere agli operatori un ruolo trainante e strategico di catalizzatori d'interventi in diversi ambiti, e soggetti capaci di costruire una rete di azioni nei diversi contesti che contribuiscono alla salute.

B. Formazione FOOTPRINTS

La finalità generale del progetto FOOTPRINTS è stata quella di superare le disparità dei diversi contesti regionali sul tema della salute dei migranti, attraverso un approccio di sistema che potesse gestire organicamente le criticità e proponesse

modalità di coordinamento standardizzate da declinare in maniera appropriata in relazione al contesto regionale. Si intendeva, quindi, lasciare delle IMPRONTE, delineando un profilo formativo nazionale per il rafforzamento delle competenze di referenti regionali con l'obiettivo di definire uno strumento, uniforme sul territorio nazionale, per il coordinamento delle modalità operative su aspetti di salute pubblica riguardanti i migranti, che poi verrà declinato nei contesti regionali. Il percorso formativo definito è stato utilizzato come uno strumento per sostenere la *capacity building* istituzionale, e si è focalizzato sul rafforzamento delle competenze di gestione e sugli aspetti metodologici di coordinamento, oltre che sulle tematiche d'oggetto specifiche.

Obiettivo della *capacity building* istituzionale, infatti, è rendere i soggetti coinvolti consapevoli, formati ed efficaci nello svolgimento delle proprie funzioni, aumentando l'efficacia complessiva dell'operato dell'amministrazione di appartenenza con un'attenzione al futuro, in termini di sostenibilità.

La *capacity building* in salute è lo sviluppo di abilità sostenibili, strutture organizzative, risorse e impegno per migliorare la salute sia nel settore sanitario che in altri settori, per protrarre e moltiplicare le conquiste in salute. Ciò implica non solo provvedere al miglioramento di abilità e consapevolezza, ma anche alla creazione di canali, attraverso partnership, politiche e leadership, attraverso le quali questo apprendimento può essere trasferito in un'azione sostenibile che prosegua negli anni. Costruire e sostenere capacità significa, inoltre, lavorare su più livelli: individui, organizzazioni e comunità non sono isolati, ognuno è parte e influenzato dall'altro. Aumentando la capacità di uno, possiamo rafforzare gli altri e costruire progressivamente un sistema forte e integrato che veda il sostegno reciproco tra le diverse parti. Le persone forti e capaci costruiscono organizzazioni forti e capaci. Organizzazioni e comunità con un forte coinvolgimento, capacità di *leadership* e risorse possono condividere le loro capacità in coalizioni, *partnership* e sforzi di collaborazione con altre organizzazioni (www.mentalhealthpromotion.net).

Queste premesse introducono l'idea alla base della progettazione, cioè quella di avere un impatto non solo in termini di competenze ma anche di relazioni e metodologie di lavoro, creando una vera comunità di operatori pubblici competenti sul territorio nazionale.

C. Struttura del percorso formativo

Nello specifico del Progetto, il percorso predisposto è stato costruito su una formazione integrata: l'impianto formativo "*blended*" unisce, infatti, interventi di auto-formazione a distanza su piattaforma di *e-learning* e *web community* e incontri in presenza. Lo svolgimento del percorso si è articolato in quattro fasi:

1. una fase precedente al primo incontro in presenza, dove attraverso la piattaforma *e-learning* son state condivise e veicolati contenuti ritenuti basilari per le successive tappe.

2. un primo momento residenziale di due giornate (14 ore), accreditato per i professionisti sanitari
3. una fase di formazione a distanza su tematiche tangenziali e confronto a distanza e di lavoro dei referenti a livello locale su: i) mappatura del contesto locale e ii) identificazione di buone pratiche locali da presentare nel momento finale della formazione;
4. secondo momento residenziale di due giornate (14 ore) svolto sei mesi dopo il primo incontro; al pari della prima residenziale, anche questa seconda formazione residenziale è stata accreditata per i professionisti sanitari partecipanti.

Questa articolazione intendeva rispondere sia alle sollecitazioni teoriche e di letteratura precedentemente richiamate, sia agli obiettivi e ai vincoli specifici del Progetto, in particolare quelli relativi al coinvolgimento di professionisti adulti impegnati nella pratica professionale, rispetto ai quali si è inteso predisporre una proposta formativa flessibile e articolata in maniera da favorire il più possibile la partecipazione³. In fase di progettazione, ci si è impegnati, infatti, a identificare e utilizzare tutti quegli elementi riconducibili alla promozione dell'apprendere mediante lo stimolo alla partecipazione, al coinvolgimento dei partecipanti come attori, al riconoscimento della loro soggettività.

Non deve sorprendere a questo punto che un riferimento teorico centrale nella progettazione formativa sia quello delle "comunità di pratica", citate nel capitolo sulle teorie pedagogiche. L'ambizione è stata quella di costituire i gruppi regionali di referenti come comunità di pratica, attraverso il primo contatto e il lavoro comune svolto in occasione degli incontri residenziali.

Poiché la dimensione narrativa è costitutiva di una comunità di pratica e poiché i referenti regionali coinvolti nella formazione sono molto dispersi geograficamente, è stato considerato indispensabile costruire un ambiente virtuale elettronico che consentisse una costanza di relazione, la custodia e la condivisione di esperienze e narrazioni, lo sviluppo cooperativo di pensiero e metodo. Lo strumento è stato quello di una piattaforma *web-based*, che ha consentito le funzionalità tipiche del *web 2.0*, *forum* di confronto, *wiki*, *repository* per la condivisione di contenuti multimediali), pur nella garanzia di un ambiente protetto quanto a confidenzialità e sicurezza.

Inoltre tale piattaforma è stato lo strumento principe per realizzare sinergie con altre progettualità parallele, come il progetto ICARE (integration and Community Care for Asylum and Refugees in emergency) nato nel 2018 e coordinato dalla Regione Emilia Romagna in partenariato con le regioni Lazio, Sicilia e Toscana, acquisendo valenza nazionale attraverso il coinvolgimento del Ministero della Salute e del Ministero degli interni.

3 Rispetto a ciò, in fase di progettazione si è deciso di accreditare presso la Commissione di Educazione Continua in Medicina le giornate residenziali, in modo da formalizzare per gli operatori sanitari coinvolti la loro partecipazione alla formazione.

L'obiettivo generale del progetto ICARE consiste nel realizzare percorsi integrati multiprofessionali e interdisciplinari, che coinvolgendo i diversi servizi socio-sanitari siano al tempo stesso specificamente dedicati e culturalmente orientati al fine di migliorare l'accesso alle cure alla popolazione target del progetto e garantiscano risposte adeguate ai loro bisogni di salute. La piattaforma di e-learning del progetto FOOTPRINTS è stata messa a disposizione dei referenti ICARE per una sua ulteriore diffusione tramite le attività formative che vengono organizzate negli ambiti regionali e territoriali di riferimento.

■ Analisi dei bisogni della formazione FOOTPRINTS

Come abbiamo visto l'analisi dei bisogni si qualifica come un'attività di ricerca diretta all'acquisizione di dati e informazioni utili e attendibili per strutturare, mantenendole allineate, le fasi successive del processo formativo, cioè per individuare gli obiettivi formativi, i contenuti e le metodologie didattiche da utilizzare.

Inoltre, accanto a ciò che abbiamo già espresso nel capitolo dedicato al tema dell'analisi dei bisogni, dobbiamo aggiungere che una definizione di bisogno formativo deve tenere conto di più livelli di analisi. Il concetto in sé non può essere definito se ci si limita all'adozione di una logica interpretativa di tipo riduzionistico, secondo cui un individuo-professionista ha unicamente la responsabilità dei compiti e delle mansioni che è chiamato a svolgere per mandato istituzionale, ed è quindi portatore unicamente di conoscenze, capacità e competenze necessarie all'esecuzione di tali compiti e mansioni.

Con un approccio di *capacity building*, è necessaria una visione più ampia che vede l'individuo-professionista come parte di un'istituzione, di un'organizzazione. Per questo i bisogni formativi si possono ritenere e indagare anche come espressione specifica, benché parziale, della relazione tra individuo-professionista e organizzazione e, nella loro definizione, si deve tener conto di quello che viene considerato un sistema di attese e aspettative reciproco. I bisogni formativi sono sintesi ed espressione di una definizione che deriva sia dall'organizzazione sia dai professionisti; sono al contempo bisogni sia dell'organizzazione sia degli individui. Le azioni formative, di conseguenza, si devono sviluppare tenendo conto dei contesti, anche istituzionali - come nel caso del progetto FOOTPRINTS che guarda ai contesti, rappresentati dalle Regioni e dalle Province autonome, nonché delle Aziende sanitarie, per costruire un approccio di sistema per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica per la salute dei migranti, che vada poi a rafforzare le soluzioni adottate localmente. Va, quindi, incorporato tra i bisogni rilevati, quello esplicito da parte della committenza istituzionale che ha ritenuto necessario un intervento di *capacity building* istituzionale per rafforzare i sistemi di governare regionali in una situazione di forte disomogeneità territoriali.

A. Le interviste

Per quanto riguarda la fase di analisi dei bisogni, anche in considerazione della tempistica del progetto, si è sviluppata una strategia operativa concretizzata in due strumenti: un'intervista semi-strutturata a testimoni chiave e un questionario di rilevazione del profilo e delle aspettative rivolto ai referenti selezionati dalle Regioni e Province Autonome.

Riguardo al primo strumento, l'intervista, sono state realizzate sei interviste in profondità sulla scorta di una traccia di intervista con lo scopo di indagare gli ambiti di azione della proposta formativa. Nonostante i limiti appena menzionati, per le interviste si è raccolto "il parere di esperti del settore di interesse" come metodo di rilevazione dei bisogni reso "oggettivo" dall'autorevolezza della fonte di informazione. Per il nostro scopo sono stati scelti sei esperti in materia di salute e migrazioni, oltre che di programmazione sanitaria, di processi di *governance* territoriali, come testimoni chiave e privilegiati, con i quali si sono verificate ipotesi e raccolti suggerimenti utili per l'impostazione del lavoro di progettazione.

Entrando nello specifico della traccia dell'intervista, nella prima parte si sono indagate le esperienze dirette/indirette relative ai processi di *governance* territoriali che hanno interessato e/o interessano il tema salute e migrazione: la disponibilità di documenti adottati e condivisi, i processi di costruzione delle politiche locali, i processi decisionali, gli attori sociali coinvolti, con quali ruoli e la strutturazione delle azioni di coordinamento strategico tra gli stakeholder, gli obiettivi e le logiche soluzioni applicate regionalmente/localmente. Sono stati indagati anche la natura ed i livelli delle competenze di coordinamento e di lavoro in rete dei diversi attori istituzionali e non che si occupano dell'assistenza ai migranti sui territori, con maggiore attenzione agli approcci e visioni volti all'intersectorialità (intesa come pianificazione congiunta). In ultimo si è chiesto ai testimoni un ragionamento condiviso sui possibili vincoli e limiti ad una *governance* efficace e radicata sui bisogni e sulle risorse del territorio.

La seconda parte dell'intervista ha riguardato la formazione, si sono indagate le esperienze pregresse sui temi della salute dei migranti e le potenzialità della formazione sia come strumento di *governance* sia come strumento per sostenere la *capacity building* istituzionale attraverso il rafforzamento delle competenze di management e degli aspetti metodologici di coordinamento, come specificato precedentemente.

Qui di seguito una breve sintesi dei punti essenziali emersi.

Riguardo alle esperienze dirette e/o indirette relative ai processi di *governance*; ai processi decisionali e alla strutturazione delle azioni di coordinamento strategico tra gli stakeholder; alle eventuali soluzioni trovate, ai livelli delle competenze di coordinamento e di lavoro in rete dei diversi attori istituzionali e non che si occupano dell'assistenza ai migranti, i punti più significativi emersi sono i seguenti:

- Per esperienza diretta, la medicina delle migrazioni funziona solo se esiste la rete, essendo i bisogni di salute soprattutto sociali. La medicina terri-

toriale è deputata per questo a promuovere iniziative di prevenzione che lavorino sugli stili di vita.

- Tutelare la salute dei migranti significa tutelare la popolazione intera di un dato territorio.
- L'essere in salute dovrebbe essere una condizione di tutti, anche dei gruppi più marginali, ciò deve diventare un imperativo deontologico.
- Le *policy* in materia di immigrazione e salute non sono omogenee. Se a livello nazionale il quadro è chiaro e definito, a livello locale non lo è, è normato per mezzo di circolari delle ASL, di decreti regionali e/o leggi regionali.
- È importante uscire dagli ambulatori e andare nelle comunità (offerta attiva) tra le persone sane per poter attivare interventi di prevenzione, anche in ambito lavorativo.
- "I servizi devono andare verso gli utenti". Si tratta di ideare una sanità pubblica di prossimità allo scopo di attivare strategie per raggiungere una data popolazione, che diversamente sfuggirebbero alle cure.

Come anticipato, è stato indagato anche il ruolo dei diversi GrIS⁴ in relazione all'obiettivo del rafforzamento dei sistemi di governance e la *capacity building* istituzionale, alle criticità esistenti ed ai possibili strumenti, e sono emersi con chiarezza diversi punti di riflessione: innanzitutto, va riconosciuto la continua attività di *advocacy* come specifica del lavoro svolto dai GrIS nei diversi territori; l'*advocacy* va intesa come "la capacità di intervenire nella tutela dei diritti negati". Tuttavia, nonostante gli sforzi, spesso, la mancanza di risposta da parte delle istituzioni non consente una reale ed efficace collaborazione con il privato sociale, tanto che l'azione di *advocacy* rimane un'iniziativa senza particolare impatto.

Riguardo al ruolo della formazione e alle sue potenzialità come strumento di *governance* e come strumento per sostenere la *capacity building* istituzionale, tutti gli esperti concordano nel considerare la realizzazione di percorsi formativi efficaci decisivi per la tutela della salute delle popolazioni migranti. Di fatto, è necessario promuovere tra gli operatori, anche attraverso le azioni formative, lo sviluppo di "sensibilità" volte ad implementare una sanità pubblica di prossimità. Tuttavia, nonostante la molta formazione erogata nel corso degli anni, persistono ancora delle criticità. Inoltre, allo stato attuale, è necessario uno sforzo maggiore e ulteriore per continuare a promuovere la conoscenza tra gli operatori e per lavorare con le comunità straniere, in modo da facilitare interventi di più vasto respiro. Perché la formazione sia "efficace" è necessario guardare alle azioni formative come interventi complessi che devono superare la dimensione strettamente professionale per arrivare ad integrarla con quella più personale di ogni professionista. La formazione, quindi, deve essere pensata come un intervento atto a promuovere un cambiamento che deve avere come fine il mantenimento dell'equilibrio tra il pro-

4 I GrIS sono i gruppi territoriali provinciali della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

fessionista e il sistema all'interno del quale si trova a operare, in una prospettiva di convergenza tra formazione e attività lavorativa.

L'ultima parte delle interviste ha riguardato i ragionamenti sui possibili vincoli/limiti ad una *governance* efficace e radicata sui bisogni e le risorse del territorio. Dalle parole degli osservatori privilegiati emerge con chiarezza come manchino dati statistici in grado di rappresentare il fenomeno migratorio nelle sue reali dimensioni. Alla mancanza di dati epidemiologici certi, utili e necessari per avere una chiave di lettura del fenomeno migratorio esaustiva, si aggiunge la complessità della normativa in materia di immigrazione, ulteriormente esasperata dall'introduzione di continui aggiustamenti sotto forma di decreti e circolari. Inoltre, si riconosce l'effetto distorsivo esercitato da una parte dell'informazione giornalistica che veicola messaggi inesatti e fuorvianti, anche sotto il profilo statistico, distorcendo la reale entità del fenomeno migratorio, nondimeno delle reali emergenze sanitarie.

Rispetto alla dimensione della normativa, si riconosce come, nel corso degli anni, la sua evoluzione non ha portato alla realizzazione di un quadro legislativo di insieme, soprattutto per le continue modifiche, sia a livello nazionale che a livello regionale, ciò ha avuto come conseguenza la creazione – nei vari contesti – di prassi disomogenee. Alla luce dell'enorme frammentarietà e variabilità diviene centrale sia contestualizzare il lavoro e la realtà delle reti territoriali, sia arrivare ad un lavoro di sintesi funzionale alla costruzione di una visione comune in materia di immigrazione e salute.

Rispetto agli attori coinvolti, emerge la particolare rilevanza del lavoro svolto dal pubblico-privato in rete che permette l'emergere di modalità creative di lavoro proprio a partire dalle reti. Altrettanto fondamentale è la promozione di forme di collaborazione a livello nazionale per uniformare la prospettiva, a partire dalle diverse modalità con le quali le varie regioni lavorano sui territori.

B. Il questionario

Il secondo strumento, il questionario, ha permesso di ricostruire il profilo professionale e lavorativo dei diversi referenti regionali coinvolti nel percorso formativo e di caratterizzare le aspettative formative.

Nella prima parte si sono raccolti i dati anagrafici e si è chiesto ai referenti di dettagliare sia la formazione pregressa su migrazione e salute (tipologia di corsi, durata, contenuti, modalità di erogazione, anno ultima esperienza formativa) sia l'esperienza lavorativa nell'ambito della salute della popolazione migrante (ambito specifico, durata, modalità di lavoro), nonché i principali ambiti di lavoro. Questi dati sono molto importanti, perché hanno consentito di circostanziare gli interventi formativi, adattandoli per quanto meglio possibile ai partecipanti.

La maggior parte dei referenti afferisce a strutture sanitarie pubbliche. In particolare si tratta soprattutto di figure con un ruolo dirigenziale, dirigenti medici - la maggior parte - dirigenti amministrativi, dirigenti sociologi, direttori di Strutture

complesse, oppure, si tratta di medici specialisti impegnati nei diversi servizi del territorio, specialisti in Igiene e salute pubblica, malattie infettive, ginecologi, geriatri, psichiatri, ma anche medici di medicina generale e, anche se meno rappresentati, ci sono medici specialisti in medicina d'urgenza e medicina legale. Le altre professionalità operanti sempre in area sociosanitaria sono gli assistenti sociali, infermieri, i referenti dei Distretti, tecnici sanitari, ostetriche e sociologi.

Le Regioni sono rappresentate, a livello dirigenziale, da funzionari medici, funzionari amministrativi e un funzionario ingegnere, cui si aggiungono coadiutori e collaboratori amministrativi. Tra i referenti figurano anche due referenti del Centro di Salute Globale della Regione Toscana (AOU Meyer), un membro della Commissione Pari Opportunità di una Azienda Sanitaria Locale delle Marche, nonché due Referenti di Progetti MSNA dell'Agenda Regionale di Sanità (Puglia) e un giurista (P.A. Bolzano).

Tra i Servizi coinvolti presso le Regioni, comprese quelle a Statuto speciale, e delle Province Autonome, troviamo Assessorati alla Salute e alle Politiche sociali, Servizi per la Salute e l'Integrazione Socio-sanitaria, Servizi di Salute Pubblica e Servizi di Prevenzione Sanitaria, e Servizi territoriali, due Referenti Aziendali per la salute dei migranti (ASL), e tre Referenti della Salute (P.A.), o che si occupano a vario titolo della salute dei migranti. In alcuni casi i referenti regionali afferiscono a centri di assistenza per migranti o hanno avuto esperienze di assistenza sanitaria a cittadini stranieri

I referenti sono espressione dei diversi servizi sanitari coinvolti dal Progetto: servizi di igiene e sanità pubblica, servizi sociali, servizi di tutela della salute della donna e dell'infanzia, consultori, distretti sanitari, servizi territoriali, un servizio di etnopsicopatologia (Lombardia), un servizio di emergenza territoriale (Sicilia).

Riguardo alla formazione pregressa ricevuta dai referenti regionali, una percentuale consistente dei professionisti coinvolti ha partecipato a percorsi formativi di vario genere come seminari (anche in qualità di docenti), corsi residenziali, convegni (a volte come relatori) e giornate di studio o eventi. Da ciò si desume come i referenti regionali, sotto il profilo della conoscenza del fenomeno migratorio mostrino una rilevante competenza. Tuttavia, 16 referenti non hanno al proprio attivo alcun percorso formativo in materia di immigrazione e salute, anche se due di questi dichiarano di essersi formati sul posto di lavoro, uno in particolare è stato impegnato in attività di coordinamento in emergenza (CRI). Dodici referenti hanno invece partecipato a master dedicati alla salute dei migranti.

Nel tentativo di offrire una visione più approfondita delle competenze acquisite dai discenti si è cercato di comprendere come, a livello lavorativo, si siano formate le 'esperienze' da parte dei partecipanti. Andando più nel dettaglio delle esperienze pregresse in materia di salute e immigrazione, in maggioranza dimostrano di avere una certa competenza, mostrando interesse ad approfondire ulteriormente altre questioni relative alla salute della popolazione migrante, in particolar modo legate al profilo giuridico e organizzativo. Solo 3 referenti dichiarano di non aver alcuna esperienza lavorativa in materia, mentre nella quasi totalità dei casi si tratta

di professionisti che lavorano nell'ambito della tutela della salute dei migranti – a vario titolo e in vari contesti, alcuni collaborando per conto della propria struttura a progetti nazionali e internazionali dedicati, altri partecipando a Tavoli di Concertazione o alla costruzione dei Piani di Zona. Si tratta di professionisti che hanno lavorato o lavorano sia a livello organizzativo, in alcuni casi di coordinamento, che a diretto contatto con l'utenza immigrata, spesso in *equipe*.

La seconda parte del questionario ha rilevato, sulla scorta di 20 items, il livello di rilevanza degli argomenti proposti da trattare nel percorso formativo rispetto al contesto lavorativo e il relativo fabbisogno formativo percepito. Fermo restando l'interesse primario per la definizione di un documento regionale di coordinamento delle politiche cui fa seguito un bisogno formativo percepito piuttosto elevato, tra i temi proposti risultano di particolare rilevanza:

- Profilo di salute
- Normativa sull'ingresso, sul soggiorno e sul diritto alle cure
- Strumenti di programmazione sanitaria
- L'integrazione socio-sanitaria
- Stato di applicazione della normativa: accessibilità ai servizi
- Strumenti per la governance intersettoriale
- Strumenti di progettazione partecipata
- Approcci teorici e strumenti per l'analisi dei bisogni di salute

Tenendo conto che la formazione proposta si è costruita attorno all'idea di costruire ponti e legami tra le tematiche trattate e le realtà professionali dei soggetti coinvolti, a partire dalla convinzione che il migliore contesto di apprendimento sia quello esperienziale, rivestono un particolare interesse le risposte alle domande relative, rispettivamente, alle criticità riscontrate nel lavoro con la popolazione migrante nel proprio contesto locale, e ai punti di forza, alle risorse di cui i professionisti e/o i servizi hanno necessità di rafforzare per arrivare ad una gestione ottimale dei casi che si presentano alle strutture. Riguardo le criticità le più rilevanti sono rappresentate dalla mancata integrazione dei servizi e dalle problematiche di tipo organizzativo e giuridico. I punti di forza da valorizzare riguardano il settore organizzativo, l'integrazione dei servizi contestualmente all'integrazione professionale, e un certo grado di attenzione interessa anche le competenze comunicative e culturali presenti da migliorare.

Dopo aver definito i bisogni formativi è stato necessario tradurli in obiettivi della formazione. Gli obiettivi formativi rappresentano gli esiti attesi di un qualunque processo di formazione. Nella pianificazione della formazione, la rilevazione dei fabbisogni è fondamentale per fissare gli obiettivi ed i risultati da raggiungere, e per decidere quali sono le metodologie e gli strumenti idonei per svolgere efficacemente gli interventi di formazione. Nella tabella seguente si riporta come a partire dai bisogni e dagli obiettivi specifici si sia operato sulla base del principio dell'allineamento costruttivo.

Inoltre, all'interno di una dimensione organizzativa, come quella del Progetto FOOTPRINTS, i bisogni e le aspettative individuali emerse dal gruppo dei professionisti sono stati necessariamente coniugati con gli obiettivi istituzionali.

Un esempio di allineamento costruttivo nei passaggi della progettazione formativa nell'ambito della formazione FOOTPRINTS

Bisogni formativi	Obiettivi formativi	Metodi didattici	Metodo di valutazione
<p>Il profilo di salute dei migranti: risorse disponibili e strumenti di rilevazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere gli elementi teorici basilari per leggere i bisogni di salute di un territorio all'interno dell'istituzione regionale. 	<p>Cognitivo semplice</p>	<p>Project work individuale (valida ai fini ECM) Griglia REFLECT finale</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Saper utilizzare gli strumenti adeguati per leggere i bisogni di salute di un territorio. 	<p>Cognitivo complesso</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Saper impostare e coordinare la collaborazione tra i servizi dell'istituzione necessari alla scrittura di un piano di salute dei migranti. 	<p>Decisionale/organizzativo</p>	

■ Obiettivi della formazione FOOTPRINTS

Gli obiettivi formativi (cfr. tabelle successive) sono una diretta derivazione dei bisogni formativi rilevati. Nella progettazione formativa, alcuni di quelli più legati ad elementi contenutistici sono stati inclusi nella formazione a distanza, in modo da lasciare spazio nelle formazioni residenziali al confronto tra professionisti: in questo modo viene privilegiata la forza del confronto in presenza come momento per consolidare gli obiettivi che guardano sia al pensiero autoriflessivo sulle pratiche e sui posizionamenti dei professionisti all'interno delle organizzazioni di appartenenza, sia al pensiero e all'apprendimento collaborativo, funzionale alla costruzione e all'esercizio di comunità di pratica. La strutturazione degli obiettivi e la scelta di una proposta formativa *blended* è un chiaro richiamo alle differenti modalità di formazione a partire dalla consapevolezza che alcune più di altre, si orientano principalmente a promuovere contenuti di apprendimento in riferimento a un sapere 'tecnico' piuttosto che ad un sapere di carattere 'personale. Manon è certo pensabile realisticamente che gli individui in cui tale apprendimento si vuole promuovere possano essere 'attivati' su piani differenti o per parti diverse: escludendo cioè ad esempio il piano emotivo da quello cognitivo o ottenendo un miglioramento di conoscenze che non stimoli alcun cambiamento di atteggiamenti.

Scopi generali della formazione

Promuovere il processo di *empowerment* individuale e organizzativo

Promuovere un'attitudine professionale all'apprendimento continuo

Guidare a un pensiero autoriflessivo sulle pratiche e sul posizionamento del professionista sanitario all'interno della struttura organizzativa

Favorire il pensiero collaborativo e decostruire l'approccio atomistico/individualistico

Obiettivi, conoscenze e competenze - Fase Pre-residenziale

Obiettivi

Discutere le conoscenze di base del fenomeno migratorio in Italia e degli ambiti di intervento per la programmazione sanitaria

Argomenti di conoscenza

Flussi migratori e profilo socio-demografico della popolazione migrante, strumenti per l'aggiornamento

Normativa sull'accesso e sulla permanenza nel territorio italiano

Modalità organizzative e strutture dedicate per l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale

Elementi di epidemiologia e profilo di salute della popolazione migrante, con particolare riferimento all'Italia e ai vari contesti regionali

Normativa sul diritto alla salute e l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie della popolazione migrante (Accordo stato-regioni)

Raccomandazioni e linee guida di recente emanazione (controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza, protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati, interventi di assistenza e riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici)

Competenze

Applicare localmente le normative e le linee guida nazionali in modo efficace e coerente con i sistemi di risorse e organizzativi locali

Obiettivi, conoscenze e competenze - Prima residenziale

Obiettivi

Descrivere il ruolo organizzativo rispetto al compito e alla mansione in un'ottica di programmazione sanitaria

Analizzare i processi relazionali che definiscono le pratiche di prevenzione e promozione della salute

Lavorare efficacemente in un gruppo

Progettare processi trasformativi all'interno delle istituzioni pubbliche

Argomenti di conoscenza

Elementi di salute globale: determinanti sociali e disuguaglianze, equità in salute

Gli attori sul territorio: sussidiarietà orizzontale e verticale, principi e modelli di riferimento per un'analisi del rapporto pubblico/privato sociale

Strumenti per un approccio integrato alla lettura dei bisogni di un territorio: (condivisione report GrIS – analisi criticità e risorse)

I flussi informativi regionali

Strumenti interdisciplinari per affrontare vulnerabilità e bisogni complessi

Competenze

Identificare e gestire le criticità intercorrenti, relative alla salute dei migranti e delle comunità

Progettare interventi basati su un'analisi di contesto (quantitativa e qualitativa)

Progettare interventi atti a promuovere un contesto favorevole alla protezione e promozione della salute dei migranti

Obiettivi, conoscenze e competenze - FAD

Obiettivi

Descrivere i sistemi di governance regionali e nazionale

Individuare buone pratiche territoriali e loro criticità

Analizzare i processi relazionali che definiscono le pratiche di prevenzione e promozione della salute

Cooperare con altri in rete sulla base dello sviluppo di valori condivisi per il conseguimento degli obiettivi di salute e delle finalità del sistema sanitario

Argomenti di conoscenza

Strumenti interdisciplinari per affrontare vulnerabilità e bisogni complessi

Principi di Governance sui temi salute e immigrazione. Buone pratiche di sanità pubblica rivolte alle popolazioni migranti

Lavoro di rete per la salute dei migranti: SIMM, GrIS, altri attori. Strumenti per l'empowerment e la partecipazione comunitaria a livello territoriale e nazionale

Principi di programmazione integrata e partecipata sociale e sanitaria

Approfondimento: Principi di antropologia medica: le dimensioni culturali del corpo e della malattia, le dimensioni socio/politiche del corpo e della malattia

Competenze

Implementare reti e Comunità di Pratica

Progettare e condurre interventi per il miglioramento continuo delle attività di prevenzione e promozione della salute

Promuovere nel proprio territorio interventi migliorativi della salute della popolazione straniera secondo i principi della *Primary Health Care* (in una prospettiva di partecipazione e di coinvolgimento delle comunità)

Obiettivi, conoscenze e competenze - Seconda residenziale

Obiettivi

Elaborare documenti di indirizzo e di coordinamento regionale sulla scorta delle esigenze locali, attraverso la valorizzazione delle risorse presenti e l'analisi delle criticità

Favorire nel proprio territorio lo sviluppo di interventi basati sui community needs assessment

Promuovere nel proprio territorio l'utilizzo di strumenti di governance intersettoriale

Favorire nel proprio territorio l'approccio alla valutazione e al monitoraggio dei processi

Favorire nel proprio territorio l'acquisizione di strumenti per il coordinamento nell'ambito delle politiche e degli interventi sanitari

Argomenti di conoscenza

Programmazione e coordinamento

Strumenti di pianificazione e controllo: la pianificazione strategica e relativi Piani

Obiettivi, conoscenze e competenze - Seconda residenziale

Metodi per l'identificazione delle priorità dei bisogni sociali e sanitari in relazione alle risorse disponibili

Coordinamento delle attività in merito alle politiche per la salute della popolazione migrante

Strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale e relativi Piani

La valutazione dei risultati e dell'impatto dei processi partecipativi.

Competenze

Progettare attività di prevenzione e promozione della salute in un'ottica partecipativa (dei diversi livelli organizzativi), intersettoriale e multidisciplinare

Progettare interventi socio-sanitari per proteggere e promuovere la salute dei migranti, coerenti con i sistemi organizzativi e di risorse locali

Promuovere un progressivo coordinamento nazionale fondato sulla condivisione di buone pratiche e modelli organizzativi

■ I metodi didattici della formazione FOOTPRINTS

In questo breve paragrafo vengono descritti alcuni dei metodi didattici utilizzati lungo il percorso della formazione del progetto FOOTPRINTS. Come già detto, il principio guida nella selezione è stato quello dell'**allineamento costruttivo**, dove in relazione agli obiettivi individuati si sono scelti alcune metodologie didattiche. Va precisato che agli obiettivi precedentemente elencati se ne devono aggiungere altri relativi a questioni di cornice proprie del Progetto.

Il percorso formativo è stato rivolto ai referenti individuati da ciascuna Regione o Provincia autonoma; il gruppo di referenti ha oscillato da un minimo di uno ad un massimo di sette componenti, inoltre si sottolinea come i singoli gruppi di referenti non sono preesistenti al Progetto. La formazione proposta quindi ha avuto anche l'obiettivo di creare e consolidare i singoli gruppi regionali e dare così la possibilità ai diversi gruppi regionali di confrontarsi tra di loro. Per questo ciascun passaggio è stato calibrato anche in relazione al posizionamento del singolo discente in ogni dato momento della formazione: singolo "isolato" in auto-apprendimento (formazione a distanza), professionista con specifiche competenze all'interno di un gruppo regionale, referente di uno specifico territorio in relazione con altri territori.

In particolare, i momenti di formazione in presenza hanno inteso dare spazio alle occasioni di confronto e scambio *nei* e *tra* i territori. La formazione residenziale si è incarnata, quindi, come momento in cui le interazioni e le dinamiche interne ai gruppi e tra i gruppi sono state curate e accompagnate, nello specifico attraverso la presenza in aula di *tutor* esperti. D'altra parte, l'impianto di tutto il progetto è stato costruito sull'impostazione che vede ciascuna azione essere riverbero e rafforzamento delle altre. I momenti formativi in presenza sono stati, infatti, un importante passaggio per le azioni territoriali sia in termini di affiatamento del gruppo di referenti, sia rispetto allo specifico della programmazione delle attività da portare avanti da ciascuna Regione/Provincia Autonoma. In particolare, le attività previste nel corso delle formazioni residenziali sono state costruite sui gruppi regionali, che nelle sessioni in aula sono stati chiamati a delineare una progettazione territoriale, da realizzare poi nel corso del Progetto nel proprio contesto locale.

Qui segue un esercizio di lettura di una selezione di metodi didattici utilizzati durante il percorso della formazione FOOTPRINTS come risultato di un buon percorso di allineamento costruttivo.

A. Materiale di studio/ Lezione

Questa metodologia risulta tra le più diffuse ed utilizzate, forse plasticamente quella che rappresenta nell'immaginario la formazione in quanto tale.

Nell'ambito del Progetto si è utilizzata a partire dall'obiettivo (di tipo cognitivo complesso): discutere le conoscenze di base del fenomeno migratorio in Italia e degli ambiti di intervento per la programmazione sanitaria e si è concretizzata sia nei moduli disponibili in piattaforma precedentemente al primo incontro residenziale (cosiddetta pre-residenziale) che in altri momenti. Attraverso lo studio e la lettura di materiale consigliato dai docenti e dal gruppo di progetto si è inteso identificare una soglia minima di conoscenze e favorire l'acquisizione di un linguaggio comune tra soggetti chiamati poi ad incontrarsi in aula, differenti dal punto di vista di appartenenza disciplinare, di profilo professionale e di provenienza geografica. Ogni modulo è stato poi chiuso da un passaggio di valutazione volutamente non impegnativo, in quanto costruito con l'idea di rafforzare i messaggi chiave ed - al contempo - essere uno strumento di autovalutazione delle conoscenze relativa alle tematiche affrontate.

Anche durante i momenti residenziali si è utilizzato questo approccio, avendo cura di definire un tempo dedicato ai *key messages* non troppo lungo utilizzato essenzialmente come punto di partenza - una sorta di ripasso - prima dei lavori a piccoli gruppi (cfr. Attività di elaborazione per piccolo gruppo). La lezione frontale è bene che corrisponda ad obiettivi di tipo cognitivo, avendo la premura di accompagnarla, integrarla con altre metodologie più specificatamente rivolte all'attivazione e alla partecipazione dei discenti.

B. Role Playing/Gioco d Ruolo

Questa metodologia è tra quelle dotate di maggiore "potenza didattica", e nell'ambito del Progetto si è utilizzata a partire dall'intersezione di diversi obiettivi formativi, quelli di carattere relazionale (come "lavorare efficacemente in un gruppo") oppure relativi alle competenze (come "capacità di identificare e gestire le criticità intercorrenti, relative alla salute dei migranti e delle comunità"). Durante la prima formazione residenziale si è utilizzato, infatti, un *role playing* destrutturato. Si tratta di utilizzare il metodo del gioco di ruolo senza attribuire un copione strutturata ai partecipanti, ma facendo creare il copione da loro stessi attraverso la narrazione di storie. Queste scelte si sono rivelate particolarmente feconde, in particolar modo perché è emersa - attraverso la forza espressiva e narrativa e durante il *debriefing* - la multifattorialità dei processi relativi alla tutela e alla promozione della salute dei migranti e il rapporto - spesso asimmetrico e poco collaborativo - degli attori in essi coinvolti.

La natura essenzialmente ludica di questa attività ha richiesto una particolare competenza da parte dei conduttori della formazione in aula, poiché alcuni discenti si sono mostrati ritrosi nel volersi mettere in gioco.

Traccia del *role playing*

I partecipanti divisi in piccoli gruppi si confronteranno sul seguente mandato “raccontatevi storie in cui avete dovuto affrontare situazioni di prevenzione/promozione della salute del vostro territorio. Cos’è successo? Chi erano gli attori coinvolti e come hanno gestito la situazione?”. Il gruppo sceglie una storia rappresentativa per tutti che verrà messa in scena, assegnando al suo interno i ruoli. Tempo: 20 minuti con identificazione dei ruoli

I gruppi mettono in scena le storie scelte. Viene identificato uno spazio scenico e le rappresentazioni vengono messe in scena una dietro l’altra. Il debriefing viene fatto alla fine.

Possibili domande guida di secondo livello di debriefing

- *Che storie sono state rappresentate? Quali erano i temi che emergevano?*
- *Come vi siete sentiti nel metterle in scena?*
- *Quali erano i ruoli presenti? In tutte le storie c’erano gli stessi ruoli? I comportamenti agiti erano gli stessi?*
- *Cosa ci dicono queste storie circa le risorse, la consapevolezza, le criticità e queste situazioni?*

In questo stesso paragrafo inseriamo l’esperienza del *World Café*, accomunata sia dagli obiettivi di riferimento che dall’impianto fortemente partecipativo. L’obiettivo del *World Café* è mettere a disposizione la forza delle conversazioni informali al fine di mobilitare in modo creativo pensieri e risorse, produrre apprendimento, condividere conoscenze. Nell’ambito della formazione FOOTPRINTS è stata pensata come metodo e momento formativo per riflettere sui diversi punti di vista in campo quando si affronta il tema di un piano di coordinamento per la tutela della salute della popolazione migrante, soprattutto in virtù della sua capacità di allargare il processo di dialogo a gruppi di persone anche numerose.

Il metodo consiste in conversazioni di durata limitata, di 15 minuti ciascuna, in tavoli dove sono stati rappresentati i punti di vista dei diversi attori, ogni discente ha sperimentato l’acquisizione di tutti i punti di vista in gioco, circolando nei diversi tavoli. I ruoli previsti sono stati: paziente straniero; operatore del privato sociale; professionista sanitario pubblico; dirigente aziendale; decisore politico regionale.

In ogni tavolo è stato presente un facilitatore che ha accolto i diversi gruppi e – attraverso una domanda-stimolo – ha favorito la conversazione l’espressione delle singole prospettive. Nella fase finale i facilitatori di ciascun tavolo hanno riportato in sintesi ciò che è emerso nelle conversazioni.

Questa metodologia è risultata particolarmente utile in relazione al clima d’aula, in quanto ha contribuito a creare una certa dinamicità, vivacizzando il ritmo dei lavori.

C. Discussione di casi

Gran parte dei momenti di formazione in presenza del Progetto si sono svolti all'interno di lavori di gruppo, questo si lega in maniera lineare agli obiettivi identificati, ma anche all'interesse verso la quota aggiuntiva di apprendimento legata all'interazione sociale e alla discussione all'interno del gruppo. Tuttavia, c'è anche una questione pragmatica; se è vero che è necessario prevedere in fase di progettazione i modi e i tempi affinché la partecipazione dei discenti possa essere effettiva, nel momento in cui l'aula è composta da più di trenta persone, l'effettiva possibilità di interazione si riduce e attraverso la divisione e il lavoro in piccoli gruppi è possibile recuperare lo spazio per ciascuno di esprimersi. Inoltre questa metodologia didattica è stata utilizzata dal gruppo di progetto, come spazio dedicato ai gruppi regionali per costituirsi in quanto tali e iniziare a ragionare sulle proprie attività di progetto. L'aula delle formazioni residenziali è stata infatti predisposta a partire dai gruppi regionali, che in alcuni lavori di gruppo hanno iniziato a ragionare sugli elementi e gli strumenti necessari per lo sforzo di programmazione che li attendeva.

Nella prima giornata del secondo incontro residenziale si sono svolti dei lavori di gruppo che sono riconducibili al gruppo di metodi didattici nominato – nella prima parte di questo manuale – come “autocasi”. In questa specifica situazione, non si è lavorato su casi riportati direttamente dai partecipanti, ma su casi selezionati, ispirati a situazioni concrete, costruiti tramite il confronto e la collaborazione tra i docenti delle tre edizioni. I cinque ambiti individuati per i casi di studio sono stati selezionati sulla base dell'analisi delle criticità territoriali svolta nella prima fase di progetto e dall'analisi delle priorità che i referenti regionali/provinciali hanno evidenziato come ambiti prioritari di intervento nelle prime fasi della progettazione territoriale.

1. Accertamento dell'età per i minori non accompagnati
2. Presa in carico delle vittime di violenza intenzionale
3. Accesso alle cure per comunitari non iscritti (ENI)
4. Iscrizione al SSR per i minori figli di genitori con codice STP/ENI
5. Salute della donna, tutela della maternità consapevole, IVG

Il lavoro di ogni singolo gruppo, sempre con la supervisione di un facilitatore, è stato guidato attraverso una griglia di domande:

- **Contesto:** Quali elementi conoscitivi emergono dal caso rispetto alle dimensioni sociali, economiche, politico/normative, culturali del territorio preso a riferimento?
- **Prospettive:** quali sono i punti di vista in campo? Quali i margini d'azione dei soggetti coinvolti?
- **Attori da coinvolgere:** quali attori (mancanti) si sarebbero potuti attivare per collaborazioni e integrazioni a livello inter-istituzionale?

- **Linee di indirizzo:** quali norme occorrerebbero a livello nazionale e/o locale per consentire interventi efficaci a livello locale in quest'ambito? Quali strumenti/modalità operative sono necessarie affinché i vincoli esistenti siano superati a livello nazionale, in modo che le indicazioni nazionali vengano applicate a livello locale?

Dopo questa fase, le riflessioni e il confronto sono stati condivisi in sessione plenaria, ma - per mere questioni di tempo - la discussione ha riguardato solamente le questioni emerse come risposta all'ultima domanda.

Conclusioni

Il percorso formativo FOOTPRINTS si è rivelato un'ottima palestra per la sperimentazione di contaminazioni tra discipline. In buona sostanza, una formazione affinché possa risultare una valida alleata nella strategia di tutela e promozione della salute delle popolazioni migranti, deve sostanzialmente incarnarsi attorno ad alcuni principi: la consapevolezza dei processi di produzione delle disuguaglianze; l'importanza di un concetto di cultura sfaccettato, dinamico e integrato; il riconoscimento della centralità del soggetto 'discente', l'attenzione verso un contesto di apprendimento stimolante, la centralità dell'esperienza nel processo di apprendimento, la revisione dei contenuti come messaggi catalizzatori di riflessività.

Questi punti, sono elementi di orientamento nella progettazione formativa che devono però prendere forma in proposte e interventi formativi che interagiscono con le peculiarità dei contesti locali: attori, storie, valori, aspettative, dinamiche sociali, esperienze pregresse. Come ogni intervento formativo la formazione del progetto FOOTPRINTS è, dunque, un *unicum* che si definisce in quanto intervento situato e in cui ogni scelta metodologica o di approccio è divenuta occasione per costruire un nuovo dialogo con i professionisti coinvolti con l'obiettivo di generare nuove consapevolezze e saperi.

L'invito a tutti coloro che si occupano di **formazione nell'ambito di salute e migrazione** è quello di lavorare alla ridefinizione dei rapporti con la teoria in termini nuovi e costruttivi: più dinamici, pragmatici, basati su approcci valutativi che prediligono i processi agli esiti, le esperienze alle ricostruzioni idealizzate della realtà, la partecipazione attiva dei soggetti coinvolti alle rigide competenze nozionistiche.

■ Bibliografia di riferimento

Bruscaglioni M. (2014). *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*. Roma, Franco Angeli.

Freire P. (2002). *La pedagogia degli oppressi*, Trad. it., Torino, Edizioni Gruppo Abele.

Guilbert JJ. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Ginevra, OMS.

Wenger, E. (2006). *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*. Trad. it., Milano: Raffaello Cortina.

Zannini L. (2015). *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*. Lecce, Pensa Multimedia.

■ Allegati

Percorso formativo FOOTPRINTS

Pre – residenziale

MODULI:

- Flussi migratori e profilo sociodemografico della popolazione migrante, trend
- Normativa sull'ingresso, sulla permanenza nel territorio italiano dei migranti, e aggiornamento sulle nuove disposizioni
- Normativa su diritto alla salute e accesso alle cure
- Strutture e organizzazioni coinvolte nell'accoglienza, competenze e ruoli
- Cenni su profilo di salute della popolazione migrante, con particolare riferimento all'Italia e ai vari contesti regionali
- Sintesi delle raccomandazioni e linee guida di recente emanazione

Prima residenziale

11.00 – 11.30	Saluti e presentazione della proposta formativa
11.30 – 13.00	PRIMA SESSIONE
11.30 – 12.00	Rompighiaccio
12.00 – 13.00	Lavorare sulla salute dei migranti: quali approcci (Lezione frontale)
14.00 – 18.00	SECONDA SESSIONE
14.00 – 15.30	Strumenti per la rilevazione dei bisogni dei territori: flussi informativi regionali e strumenti qualitativi (prima parte) (Lavoro a piccoli gruppi)
16.00 – 16.45	Strumenti per la rilevazione dei bisogni dei territori: flussi informativi regionali e strumenti qualitativi (seconda parte) (Lavoro a piccoli gruppi)
16.45 – 18.00	Gli attori nella governance della salute (Role Playing)
	Chiusura dei lavori

Seconda giornata

08.30 – 12.30	TERZA SESSIONE
---------------	----------------

08.30 – 09.00	Sintesi prima giornata di corso
09.00 – 10.00	Sussidiarietà orizzontale e verticale, principi di governance intersettoriale (Lezione frontale)
10.00 – 11.00	Prime riflessioni sui contesti regionali: stato dell'arte della normativa e criticità rilevate (Lezione frontale)
11.30 – 12.30	Orientamenti alla progettazione nei contesti regionali: project work (prima parte) (Lavoro a piccoli gruppi)
13.30 – 16.00	QUARTA SESSIONE
13.30 – 15.00	Orientamenti alla progettazione nei contesti regionali: project work (seconda parte) (Lavoro a piccoli gruppi)
15.00 – 16.00	Presentazione della piattaforma web e FAD e della comunità di pratica
	Chiusura dei lavori
	Valutazione dell'apprendimento e del Corso

Formazione a distanza (FAD)

MODULI:

- Esperienze internazionali di sanità pubblica
- L'integrazione socio-sanitaria
- Principi e strumenti per la progettazione partecipata in sanità
- Sistemi di cura culturalmente competenti: approccio migrant friendly e mediazione di sistema
- Principi di Antropologia Medica: dalla cultura degli Altri alla "cultura medica"
- Focus su "vulnerabilità": approccio integrato a bisogni complessi secondo una prospettiva multidimensionale con particolare riguardo alla salute mentale, alle vittime di tratta e violenza, ai minori non accompagnati

Seconda residenziale

11.00 – 13.30 – PRIMA SESSIONE

11.00 – 12.00	Introduzione: sintesi sull'andamento del progetto e presentazione del workshop
12.00 – 13.30	Gruppi lavoro tematici interregionali sui seguenti casi di studio: <ul style="list-style-type: none">– accertamento dell'età per i minori– presa in carico delle vittime di violenza intenzionale– accesso alle cure per comunitari non iscritti (ENI)– iscrizione al SSR per i minori figli di genitori con codice STP/ENI– salute della donna, tutela della maternità consapevole, IVG (Lavoro a piccoli gruppi su casi reali con griglia strutturata di domande)

14.30 – 18.30 – SECONDA SESSIONE

14.30 – 16.30	Le differenti prospettive in campo: paziente, operatore del privato sociale, professionista sanitario pubblico, dirigente aziendale, decisore politico regionale (World café)
17.00 – 18.30	Confronto e condivisione sul modello di documento per il coordinamento per la salute dei migranti: Presentazione del format e lavoro in gruppi interregionali (Lavoro a piccoli gruppi con confronto con "l'esperto")
	Chiusura dei lavori
Seconda giornata	
09.00 – 13.30	TERZA SESSIONE
09.00 – 11.00	Consolidamento del modello di documento di coordinamento e adattamento del format di documento al contesto regionale/provinciale. (Lavoro a piccoli gruppi)
11.30 – 13.30	Lavoro di gruppo regionale: analisi delle azioni svolte e prospettive di lavoro del gruppo regionale FOOTPRINTS (Lavoro a piccoli gruppi)
14.30 – 16.00	QUARTA SESSIONE
14.30 – 15.00	Esercitazione sulla piattaforma
15.00 – 16.00	Prossimi passi: lavoro territoriale convegno finale
	Chiusura dei lavori
	Valutazione dell'apprendimento e del Corso



Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica