

Un percorso di formazione alla relazione nelle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali¹

di Emma Gasperi^a e Giovanni Danza^b

^aRicercatore di Pedagogia Generale e Sociale, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Padova; ^bCultore della materia in Pedagogia Generale e Sociale, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Padova

1. Lo scenario culturale e normativo

La cultura assistenziale su cui poggia l'organizzazione tradizionale del sistema sociosanitario si basa su quella prospettiva gnoseologica per la quale il modo migliore di affrontare la complessità dei problemi umani consiste nell'individuare gli elementi costitutivi e poi trattarli separatamente.

Se riferita alla questione del benessere delle persone, siffatta impostazione si traduce nella focalizzazione dell'attenzione sui singoli fattori di disagio e di sofferenza, ciascuno dei quali viene aggredito isolatamente, da una postazione specialistica, perdendo così di vista le tutt'altro che trascurabili sinergie sussistenti fra di essi nonché la globalità dell'essere umano.

Ciò non significa che non sia utile specializzarsi, piuttosto sta a segnalare che ciascun professionista non può considerarsi autosufficiente: se l'obiettivo è il benessere della persona, occorre che gli specialisti si rendano disponibili al confronto e si facciano promotori di condivisione, ponendo al centro del loro intervento il soggetto bisognoso di assistenza e cura.

Considerata da un'altra prospettiva, la questione chiama in causa il modo di concepire la malattia, che a sua volta influisce sulle modalità di erogazione del

¹ Questo articolo è frutto di una riflessione e di un'esperienza comuni, tuttavia la stesura delle singole parti è da attribuire a Emma Gasperi per i paragrafi 1, 3.2, 3.3 e 4, e a Giovanni Danza per i paragrafi 2, 3, 3.1 e 3.4.

servizio sociosanitario: se la malattia è intesa come un insieme di sintomi curabili a prescindere dalla globalità della persona, il servizio verrà organizzato in maniera da porre i sintomi stessi al centro degli interventi; viceversa, se si ritiene che la cura riguarda la persona che ha dei sintomi, il servizio si organizzerà attorno a quest'ultima.

In Italia, sul piano della normativa, il confine tra i due modi di concepire l'uomo e conseguentemente di impostare il sistema sociosanitario è stato tracciato una trentina d'anni fa, con l'emanazione della Legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tale provvedimento, volto a garantire livelli di assistenza e condizioni di salute uniformi su tutto il territorio della Penisola, affondava le sue radici nella rilevanza che nel dibattito culturale di quel periodo veniva attribuita all'unitarietà della persona e degli interventi volti a promuovere e ad assicurare buone condizioni di salute, contro la parcellizzazione della medicina e la sua frantumazione in specializzazioni curative scarsamente integrate, che finivano con il perdere di vista il benessere dei singoli e della comunità.

Da allora numerose sono state le tappe che hanno contrassegnato il tragitto, non sempre lineare, che ha portato all'integrazione sociosanitaria odierna. Tra le principali si possono ricordare i Decreti Legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, che hanno segnato un passo indietro in questo cammino integrativo sancendo, il primo, la separazione all'interno delle Unità Sanitarie Locali tra settore sociale e settore sanitario, il secondo, oltre alla regionalizzazione e all'aziendalizzazione delle stesse, l'accreditamento della sanità privata (Cosmacini, 2005, pp. 547-548). Con il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si è avuta una nuova inversione di tendenza, che ha ripristinato lo spirito informatore della riforma sanitaria del 1978. Tale piano ha, infatti, assunto fra i suoi aspetti qualificanti proprio l'integrazione sociosanitaria affermando, tra l'altro, che «la complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare sociosanitarie», a tre differenti livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

A livello professionale, l'integrazione sociosanitaria ha trovato espressione in modalità operative centrate sul lavoro di gruppo. Fra queste rientrano le Unità Valutative, che nelle diverse Regioni hanno assunto svariate denominazioni.² In Veneto, dove sono state definite Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD), sono state istituite nel 2001.

2. Che cosa sono le UVMD

L'UVMD rappresenta un'evoluzione dell'Unità Operativa Distrettuale (UOD), che in Veneto era stata introdotta con la Delibera della Giunta Regionale n. 2034

² Per esempio, si va dall'Unità Valutativa Distrettuale (UVD) della Basilicata e del Friuli-Venezia Giulia all'Unità Valutativa Territoriale (UVT) del Lazio e della Sardegna, all'Unità di Valutazione Integrata (UVI) della Campania, all'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) della Sicilia e della Toscana.

del 1994, principalmente per dare risposte adeguate alle necessità assistenziali delle persone anziane non autosufficienti. Come sottolinea Di Marzo in uno dei rari studi su questa modalità di lavoro (Di Marzo, 2005, p. 133), con la Delibera della Giunta Regionale n. 3242 del 2001 la sua applicabilità è stata estesa dall'area geriatrica a tutti i pazienti multiproblematici, quindi anche alle aree della disabilità, dei minori e delle dipendenze; inoltre, come ricordato nella Delibera della Giunta Regionale n. 4588 del 2007, tale strumento operativo è stato identificato come il «più idoneo a garantire e realizzare l'integrazione socio sanitaria, in quanto specifica metodologia integrativa per i casi più complessi e unica porta d'accesso per questi ultimi alla rete integrata dei servizi».

A livello locale, il compito di stabilire i criteri attuativi delle UVMD per le diverse aree d'intervento è stato attribuito alle Aziende ULSS, alle quali è stato richiesto di procedere in accordo con la Conferenza dei Sindaci. Nell'ULSS 15 della Regione Veneto — in cui è stato realizzato il progetto formativo oggetto del presente saggio — essi hanno trovato espressione in un apposito *Regolamento per il funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali*, che è stato messo a punto nel 2006.

In tale documento l'UVMD è stata definita una modalità di lavoro che si costituisce sui bisogni complessi della persona, chiamando in causa differenti professionalità, le quali — tenendo conto dei servizi territoriali esistenti — insieme elaborano e propongono un progetto assistenziale e riabilitativo individualizzato, che va poi periodicamente sottoposto a verifica e, a seconda dell'evoluzione del bisogno, modificato o chiuso.

Sempre nel *Regolamento per il funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali*, all'articolo 4 (*Composizione*), è stato specificato che l'UVMD deve annoverare almeno tre figure: «il medico di medicina generale della persona, l'assistente sociale competente per la presa in carico sociale, lo specialista competente o infermiere o altro operatore distrettuale che interviene in caso di assistenza domiciliare sanitaria». A queste possono aggiungersi «figure rappresentative di Servizi, Cooperative e Enti coinvolti in grado di assicurare una decisione in merito alla partecipazione, all'operatività ed alla disponibilità di risorse del proprio servizio di appartenenza da dedicare al progetto», oltre a «professionisti che, con le proprie conoscenze sul caso, possono contribuire alla migliore soluzione del problema».

All'articolo 9 (*Tempi*) è stato stabilito che i componenti dell'UVMD si riuniscano con cadenza settimanale e all'articolo 6 (*Metodologia di lavoro*) che ciascuno di essi fornisca il suo contributo attenendosi a un modo di operare basato sull'interdisciplinarietà e sulla pianificazione.

A un anno di distanza dall'adozione di questo provvedimento, abbiamo condotto un'indagine presso il Distretto 1 Sud-Est dell'ULSS in questione, dapprima effettuando 12 interviste narrative con dei testimoni privilegiati, per poi costruire, a partire da queste, un questionario che è stato somministrato a tutti i professionisti coinvolti nelle UVMD (114 soggetti), fatta eccezione per quelli che nell'arco dei cinque anni precedenti si sono trasferiti o hanno lasciato il lavoro.

Dalle risposte al questionario è emerso che più della metà dei soggetti del nostro campione (52,6%) è a conoscenza del fatto che l'UVMD è «una modalità di lavoro» e non un organismo; inoltre, circa il 35%, pur non mostrandosi consapevole di questo, dimostra di aver però ben presente che essa implica l'interazione di differenti figure professionali. A ciò si aggiunge il fatto che la consapevolezza degli obiettivi delle UVMD, sia generali («conseguire i migliori obiettivi di salute attraverso un progetto globale condiviso dal gruppo» e «realizzare interventi necessari utilizzando tutti gli strumenti presenti nella rete territoriale») sia specifici («predisporre un progetto individualizzato di intervento»), è espressa dalla quasi totalità del campione. Tuttavia, solo secondo il 39,5% dei soggetti il progetto assistenziale e riabilitativo viene effettivamente costruito «attraverso la discussione», «il confronto collettivo» o «lo scambio di opinioni». Alla diffusa conoscenza della normativa non sembrerebbe dunque corrispondere un'attuazione della stessa altrettanto ampia. Risulta pertanto legittimo chiedersi se i professionisti del nostro campione siano stati adeguatamente formati per operare nelle UVMD.

3. Le tappe del percorso formativo

La progettazione del percorso formativo rivolto ai professionisti sociosanitari dell'ULSS 15 ha avuto come premessa alcuni punti di riflessione. Innanzitutto si è valutato che lavorando nell'ambito della formazione di soggetti in servizio occorre porsi in un'ottica pedagogico-sociale che consenta ai formandi di migliorare sia professionalmente sia come persone. Questa prospettiva chiama in causa vari tipi di apprendimento, non ultimo l'«*imparare a vivere insieme*, sviluppando una comprensione degli altri ed un apprezzamento dell'interdipendenza (realizzando progetti comuni e imparando a gestire i conflitti) in uno spirito di rispetto per i valori del pluralismo [...] e] della reciproca comprensione» (Delors, 1998, p. 89).

Si è, inoltre, considerato che la formazione avviene secondo un processo circolare (si veda la figura 1) che si dipana ricorsivamente attraverso quattro tappe: la rilevazione dei bisogni, la progettazione didattica, l'attuazione e la verifica.

3.1 I bisogni di formazione dei professionisti che operano nelle UVMD

Relativamente alla prima tappa, dai dati raccolti con il questionario risulta che tra le competenze che occorre possedere per essere preparati a lavorare nelle UVMD, le più importanti sono quelle concernenti la relazione e la comunicazione interpersonali («saper valorizzare gli altri professionisti», «saper dialogare», «saper condividere», «saper collaborare», «saper confrontarsi», «saper ascoltare») (39%) e il lavoro di gruppo (16,8%). Inoltre, se si considera che non sempre i bisogni formativi di un'organizzazione sono manifestati chiaramente, configurandosi a volte come «necessità [...] non espresse se non implicitamente, di adattare sistematicamente le risorse umane alle strutture organizzative e alle modalità di lavoro dell'azienda nel particolare momento evolutivo che l'organizzazione vive»

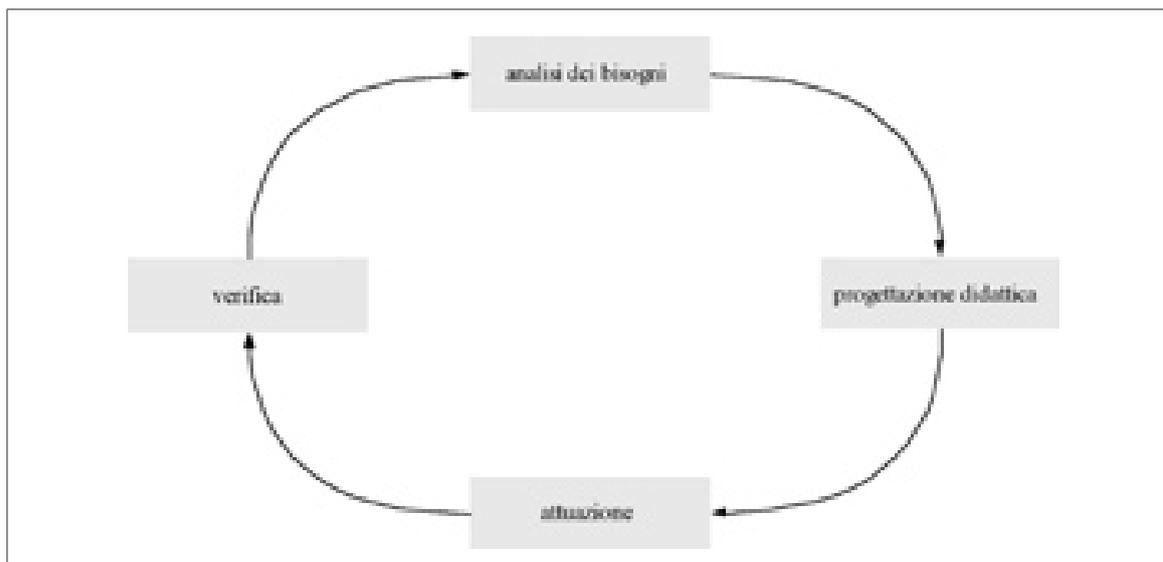


Fig. 1 Il processo formativo (Bonino, 1988, p. 5).

(Alessandrini, 2005, p. 49), la questione delle competenze relazionali sembrerebbe porsi anche non dichiaratamente: il 30% dei soggetti, infatti, indica quale aspetto negativo del lavoro con le UVMD il verificarsi di «difficoltà di comunicazione tra colleghi» e di «conflitti di potere tra professionalità diverse».

Questi bisogni sono stati integrati con quelli avanzati dalla committenza, vale a dire la direzione dell'ULSS, allo scopo di cercare di «produrre una risposta [...] soddisfacente sia per l'organizzazione sia per le persone che operano in essa» (Alessandrini, 2005, p. 48). Inoltre sono state prese in considerazione le attese degli operatori in termini di miglioramento culturale, professionale e di carriera e quelle dell'«organizzazione che fa “investimenti” sulle persone per ottenere migliori prestazioni» (Alessandrini, 2005, p. 50), nella fattispecie ottimizzando il servizio offerto agli utenti delle UVMD.

3.2 La progettazione didattica del percorso formativo

La seconda tappa del percorso formativo è consistita nell'ideazione del progetto di Educazione Continua in Medicina (ECM) denominato «La gestione delle dinamiche relazionali nelle organizzazioni sociosanitarie», rivolto a medici specialisti, medici di medicina generale, personale infermieristico del Distretto, delle case di riposo e delle RSA, agli assistenti sociali, OSS, OTA, educatori e psicologi coinvolti nelle UVMD.

Nell'intento di migliorare la qualità del servizio offerto, ci si è proposti di favorire l'instaurarsi di efficaci modalità di comunicazione interpersonale nelle relazioni tra operatori promuovendo nei partecipanti il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- un aumento delle conoscenze relative alla comunicazione interpersonale, verbale e non verbale;

- lo sviluppo di abilità di ascolto e di comprensione nell'interazione;
- un accrescimento della capacità di gestione delle dinamiche relazionali problematiche.

Per quanto concerne i contenuti, si è scelto di concentrare l'attenzione su quattro tematiche principali:

- la comunicazione interpersonale;
- la comunicazione verbale e non verbale;
- l'uso del feedback nella comunicazione;
- l'ascolto attivo.

Poiché la comunicazione è un fenomeno altamente complesso, irriducibile a un unico modello interpretativo, nell'affrontare queste tematiche si è deciso di assumere un punto di vista eclettico, ricorrendo a vari approcci. Soprattutto si è stabilito di far riferimento:

- all'approccio sistemico-relazionale (in particolare agli assiomi della comunicazione umana);
- all'approccio analitico-transazionale (nello specifico, alla teoria delle carenze e alle posizioni di vita);
- all'approccio della PNL umanistica integrata (vale a dire ad alcuni concetti e strumenti messi a punto dalla PNL classica, quali il ricalco e la calibrazione, ancorati a modelli che appartengono alla psicologia umanistica per garantirne un utilizzo etico);
- ad alcune tecniche di ascolto attivo (i cosiddetti interventi di supporto verbale) (chiarire, verbalizzare, parafrasare, domandare, esplorare, ecc.), contrapposti ai cosiddetti interventi direttivi inadeguati (moralizzare, dogmatizzare, diagnosticare, generalizzare, identificare, ecc.).³

Nell'impostare la metodologia didattica, essendo i formandi persone con una specifica preparazione e con competenze acquisite attraverso la pratica professionale, ci si è attenuti alle caratteristiche dell'apprendimento adulto che Knowles, ispirandosi al lavoro pionieristico di Lindeman (1926), ha sintetizzato nei seguenti 5 punti:

1. gli adulti sono motivati ad apprendere quando avvertono dei bisogni e degli interessi che l'apprendimento può soddisfare; questi costituiscono quindi le basi appropriate da cui partire per organizzare le attività formative [...];
2. gli adulti sono orientati verso un apprendimento centrato sulla vita reale; perciò le unità didattiche appropriate attorno alle quali organizzare l'apprendimento sono le situazioni reali [...];
3. l'esperienza costituisce la risorsa più importante per l'apprendimento degli adulti, per cui il nucleo centrale della metodologia della formazione degli adulti è l'analisi dei contenuti esperienziali;
4. gli adulti sentono fortemente l'esigenza di gestirsi autonomamente e di conseguenza il ruolo del docente è di impegnarsi con loro in un processo comune di ricerca, piuttosto

³ Per la letteratura relativa agli approcci in elenco si veda la bibliografia finale.

che di trasmettere loro le proprie esperienze e poi valutare fino a che punto si sono conformati ad esse;

5. le differenze individuali aumentano con l'età, per cui la formazione degli adulti deve poter disporre di una varietà ottimale di stili, tempi, luoghi e velocità di apprendimento. (Knowles, 1993, pp. 49-50)

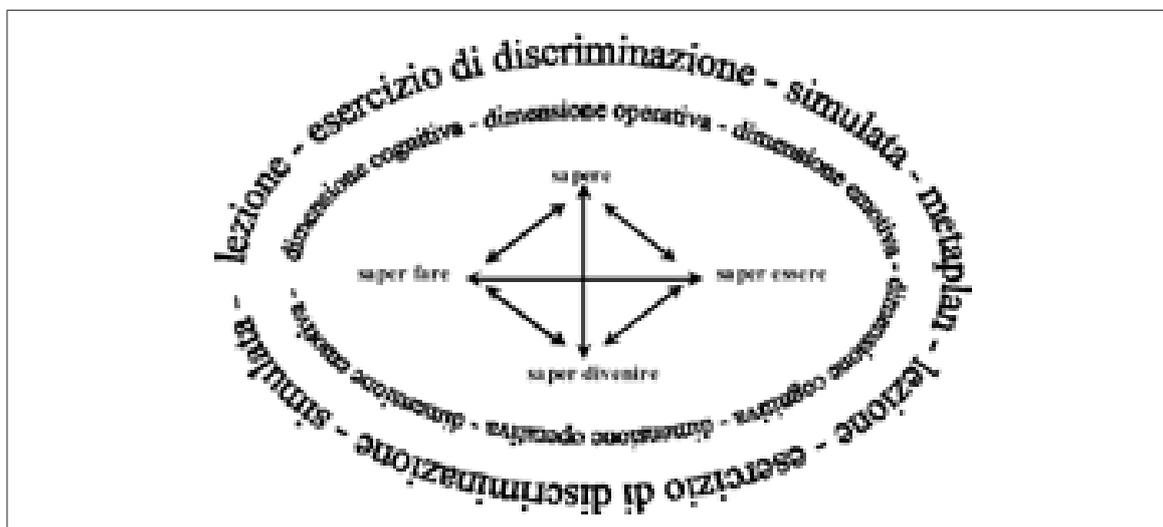


Fig. 2 Il percorso formativo nell'ottica dell'apprendimento attivo.

Si è dunque scelto di articolare l'intervento formativo in vari momenti, in cui — secondo la logica dell'apprendimento attivo (si veda la figura 2) — alternare lezioni frontali, metaplan, esercizi di discriminazione, analisi della comunicazione per mezzo di simulazioni, così da consentire ai partecipanti, attraverso il loro coinvolgimento diretto in un percorso integrante aspetti cognitivi, operativi ed emotivi, di trasformare le conoscenze teoriche in concreti strumenti d'uso. La formazione, per rivelarsi efficace, deve infatti agire lungo i quattro assi interconnessi del sapere (conoscenze), del saper fare (capacità) del saper essere e del saper divenire (atteggiamenti).

Ciò consente, fra l'altro, di promuovere le cosiddette «competenze trasversali», tra le quali rientrano quelle concernenti il relazionarsi, vale a dire le «abilità di natura socioemozionale (fiducia relazionale, espressione e controllo delle emozioni, gestione dell'ansia, ecc.), cognitiva (leggere in modo adeguato la situazione, percepire correttamente l'altro e le sue richieste, ecc.) e comportamentale (stili di ascolto, di comunicazione ecc.) messe in atto nell'interazione» (Di Francesco, 2004, p. 158).

3.3 L'attuazione del percorso formativo

Senza entrare nei dettagli della fase attuativa, perché richiederebbero uno spazio che esula dall'economia del presente lavoro, in questa sede ci si limiterà a soffermare l'attenzione sulla simulata, una delle principali tecniche di cui ci si avvale quando si intende promuovere l'esercizio di abilità nell'area delle relazioni

interpersonali adottando una metodologia didattica basata sull'apprendimento attivo.

Generalmente nella simulata alcuni formandi assumono il ruolo di attori che esibiscono i comportamenti richiesti, mentre agli altri viene assegnato il compito di osservare quanto avviene durante la drammatizzazione. «Ciò consente di esperire nelle due differenti situazioni [...] capacità diverse, derivandone anche informazioni di diversa natura. L'attore viene coinvolto nel processo che sta studiando, lo vive in prima persona identificandosi nel ruolo, fa esperienza delle proprie capacità di comunicazione, di adattamento alle reazioni altrui, di controllo della propria emotività, della facilità o difficoltà di emettere certi comportamenti, degli effetti che questi producono su altre persone. Nel ruolo dell'osservatore, d'altra parte, ogni partecipante si confronta con i problemi peculiari dell'osservazione e affina le proprie capacità di analisi, imparando a distinguere identità e differenze di reazioni, variazioni di comportamento in rapporto a differenti stimolazioni, nonché esercitandosi a trarre conclusioni, a fare confronti e ad esprimere le proprie opinioni» (Tomassucci Fontana, 1997, p. 55).

Di seguito si offrono gli esempi di due differenti tipi di simulata usati durante il percorso, illustrandone gli scopi e le modalità di attuazione.

La simulata del primo esempio («L'incidente», figura 3), che non è connotata professionalmente, rientra tra quelle attivate nella sessione iniziale del percorso formativo, fase in cui è opportuno evitare di proporre drammatizzazioni riguardanti l'ambito lavorativo specifico, perché il gruppo dei formandi non è ancora sufficientemente coeso e, quindi, potrebbero facilmente svilupparsi delle resistenze.

Individuati quattro volontari, il tutor d'aula ha fornito separatamente a ciascuno di loro la consegna relativa al suo ruolo, mentre il formatore ha istruito il resto del gruppo, vale a dire gli osservatori, sui personaggi e il contesto della simulata. Dopo la drammatizzazione (per la quale si era stabilito un tempo massimo di 15 minuti), gli attori sono stati invitati a esprimere le sensazioni provate durante la recita, per aiutarli a uscire dal ruolo, a distanziarsi dal gioco e a rientrare nel gruppo. Tutti insieme, attraverso il *debriefing*, si è, poi, analizzato l'accaduto e le considerazioni emerse sono state utilizzate dal formatore per introdurre una lezione sul terzo assioma della comunicazione umana, stando al quale «la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti» (Watzlawick, Helmick Beavin e Jackson, 1971, p. 52).

Simulata: «L'incidente»

PERSONAGGI

Quattro giocatori: marito e moglie; un signore sessantacinquenne in pensione e un suo amico; osservatori.

CONTESTO

La scena si svolge sulla strada.

Antecedenti. Un signore era in auto, stava guidando e al suo fianco era seduta sua moglie. Improvvisamente l'auto è entrata in collisione con la bicicletta di un pen-

(continua)

(continua)

sionato, un signore sessantacinquenne che stava procedendo nella stessa direzione di marcia. Un amico di quest'ultimo, seduto a un tavolino antistante un bar che dà direttamente sulla strada, stava guardando l'amico allontanarsi e quindi ha avuto modo di vedere l'incidente.

Situazione attuale. Ha inizio la controversia...

ISTRUZIONI PER IL MARITO

Antecedenti. Eri in auto insieme a tua moglie; stavi guidando e viaggiavi a velocità sostenuta: 80 all'ora lungo una strada in cui il limite massimo è di 50. Davanti a te un pensionato (un ultrasessantenne), con un tasso alcolemico superiore al massimo consentito, stava procedendo in bicicletta nella stessa direzione di marcia. Improvvisamente i due mezzi sono entrati in collisione. Sei sceso dall'auto insieme a tua moglie, vi siete avvicinati al signore della bicicletta che nel frattempo si è alzato; subito è sopraggiunto anche un suo amico.

Situazione attuale. Ha inizio la controversia...

ISTRUZIONI PER LA MOGLIE

Antecedenti. Eri in auto insieme a tuo marito che stava guidando e viaggiava a velocità sostenuta: 80 all'ora lungo una strada in cui il limite massimo è di 50. Davanti a voi un pensionato (un ultrasessantenne), con un tasso alcolemico superiore al massimo consentito, stava procedendo in bicicletta nella stessa direzione di marcia. Improvvisamente i due mezzi sono entrati in collisione. Sei scesa dall'auto insieme a tuo marito, vi siete avvicinati al signore della bicicletta che nel frattempo si è alzato; subito è sopraggiunto anche un suo amico.

Situazione attuale. Ha inizio la controversia...

ISTRUZIONI PER IL PENSIONATO

Antecedenti. Sei stato a lungo in un bar che dà direttamente sulla strada con un tuo amico e hai bevuto 5/6 bicchieri di vino. Insieme avete lasciato il locale. Il tuo amico si è seduto a un tavolino antistante il bar. Ti ha guardato mentre inforcavi la bicicletta e ti avviavi verso casa. Dietro di te è sopraggiunta un'auto a velocità sostenuta, superiore al limite consentito. Anche il tuo tasso alcolemico supera il massimo consentito, tu hai sbandato e l'auto e la bicicletta sono entrate in collisione. Ti sei rialzato e, mentre il signore alla guida dell'auto e sua moglie sono scesi e si sono avvicinati, è accorso anche il tuo amico.

Situazione attuale. Ha inizio la controversia...

ISTRUZIONI PER L'AMICO DEL PENSIONATO

Antecedenti. Sei stato a lungo in un bar che dà direttamente sulla strada con un tuo amico, un pensionato di sessantacinque anni che ha bevuto 5/6 bicchieri di vino. Insieme avete lasciato il locale. Ti sei seduto a un tavolino antistante il bar e hai guardato il tuo amico mentre inforcava la bicicletta e si avviava verso casa. Dietro di lui è sopraggiunta un'auto a velocità sostenuta, superiore al limite consentito. Anche il tasso alcolemico del tuo amico è superiore al massimo consentito, lui ha sbandato e l'auto e la bicicletta sono entrate in collisione. Mentre il tuo amico si è rialzato e il signore alla guida dell'auto e sua moglie sono scesi e si sono avvicinati, sei accorso anche tu.

Situazione attuale. Ha inizio la controversia...

Fig. 3 Un esempio di simulata.

La simulata del secondo esempio («La riunione di staff», figura 4) è invece stata proposta dopo la presentazione degli approcci sistemico-relazionale e analitico-transazionale, ed è connotata professionalmente.

Anche in questo caso, dopo aver individuato sei volontari, a ciascuno di loro è stata fornita la consegna relativa al suo ruolo. Il resto dei formandi è stato diviso in sei gruppi, uno per personaggio, ed è stata fornita loro una griglia di osservazione (si veda la figura 5). Dopo la drammatizzazione (per la quale si era stabilito un tempo massimo di 30 minuti) e il *cooling off* per aiutare gli attori a distanziarsi dal gioco, i gruppi hanno lavorato separatamente per mezz'ora, quindi ci si è riuniti in plenaria per un confronto collettivo.

Simulata: «La riunione di staff»

PERSONAGGI

Sei giocatori: un primario, un aiuto, un fisioterapista, il caposala, un infermiere e uno psicologo, ciascuno dei quali entrerà in gioco in qualità di rappresentante della sua categoria professionale; osservatori.

CONTESTO

La scena si svolge presso lo studio del primario.

Antecedenti. Un primario particolarmente motivato sa che nel suo reparto sussistono dei problemi nell'interazione con e fra le varie figure professionali. Ha pertanto convocato una riunione, invitando — in qualità di rappresentanti delle diverse categorie — un aiuto, un fisioterapista, il caposala, un infermiere e uno psicologo. L'obiettivo dell'incontro che sta per avere inizio è duplice:

- confrontarsi sui principali problemi comunicativi che impediscono l'instaurarsi di uno spirito di squadra;
- individuare, insieme, delle possibili soluzioni.

Situazione attuale. Sta per avere inizio la riunione...

ISTRUZIONI PER IL PRIMARIO

Antecedenti. Sei un primario particolarmente motivato; sai che nel tuo reparto sussistono dei problemi nell'interazione con e fra le varie figure professionali. Hai pertanto convocato una riunione, invitando — in qualità di rappresentanti delle diverse categorie — un aiuto, un fisioterapista, il caposala, un infermiere e uno psicologo. L'obiettivo dell'incontro che sta per avere inizio è duplice:

- confrontarvi sui principali problemi comunicativi che impediscono l'instaurarsi di uno spirito di squadra;
- individuare, insieme, delle possibili soluzioni.

Situazione attuale. Sei nel tuo studio e sta per avere inizio la riunione...

ISTRUZIONI PER I PROFESSIONISTI CONVOCATI (l'esempio è tarato sulla figura dell'aiuto)

Antecedenti. Sei stato invitato, in qualità di rappresentante degli aiuti, a partecipare a una riunione indetta dal primario.

L'obiettivo dell'incontro che sta per avere inizio, al quale parteciperanno anche un fisioterapista, il caposala, un infermiere e uno psicologo, è duplice:

(continua)

(continua)

- confrontarvi sui principali problemi comunicativi che impediscono l’instaurarsi di uno spirito di squadra;
 - individuare, insieme, delle possibili soluzioni.
- Situazione attuale.* Sei nello studio del primario e sta per avere inizio la riunione...

Fig. 4 Un esempio di simulata.

Griglia di osservazione <i>Fisioterapista</i>	
Conferma/disconferma/rifiuto	
Posizioni di vita	
Punteggiatura	
Simmetria/complementarità	
Verbale/non verbale	

Fig. 5 Esempio di scheda di rilevazione fornita agli osservatori della simulata «La riunione di staff».

3.4 La valutazione del percorso formativo

Nell’effettuare la valutazione del percorso formativo ci si è ispirati al modello di Quaglino e Carrozzi (2000, capp. 4 e 5) che propone di eseguire delle rilevazioni a differenti livelli. Nello specifico sono stati messi a punto tre strumenti, dei quali si propongono degli stralci (si vedano le figure 6, 7 e 8): un questionario d’ingresso per valutare le conoscenze iniziali e le aspettative dei partecipanti, un questionario di verifica degli apprendimenti e un questionario di gradimento. Anche per questa fase, per questioni di spazio, anziché esporre dettagliatamente le valutazioni espresse in relazione a ogni dimensione indagata, ci si limita a porre l’attenzione su due aspetti, segnalando che il punteggio medio complessivo ottenuto nelle risposte del questionario di gradimento è stato di 4,94 su scala 1-6 e che le risposte corrette al questionario di verifica degli apprendimenti si sono aggirate intorno al 90 % del totale.

REGIONE VENETO – U.L.S.S. 15
«La gestione delle dinamiche relazionali nelle organizzazioni sociosanitarie»
Questionario d'ingresso
...(omissis)...

Di seguito troverai una serie di domande relative alla comunicazione e ad alcuni suoi aspetti. Compila le risposte in base alla tua esperienza e alle tue conoscenze.

...(omissis)...

Cosa significa comunicazione interpersonale?
.....

Cosa significa saper ascoltare?
.....

In che cosa consiste, secondo te, uno scambio comunicativo conflittuale?
.....

...(omissis)...

Con chi (dirigenti, medici specialisti, medici di base, infermieri, assistenti sociali, psicologi...) può capitarti di incontrare problemi relazionali durante lo svolgimento del tuo lavoro?
.....

Quando e su cosa possono sorgere questi problemi?
.....

Hai già partecipato ad altri corsi sulla comunicazione? Se sì quali?
.....

Che cosa ti aspetti da questo percorso formativo?
.....

Fig. 6 Questionario di verifica delle conoscenze iniziali e delle attese (esempi di domande a risposta aperta).

REGIONE VENETO – U.L.S.S. 15

«La gestione delle dinamiche relazionali nelle organizzazioni sociosanitarie»

Questionario di verifica degli apprendimenti

...(omissis)...

• Indica con una crocetta quale di queste definizioni di *comunicazione interpersonale*, secondo te, è la più esauriente.

È un processo attraverso cui le persone condividono delle conoscenze

È un processo attraverso cui i soggetti trasmettono e ricevono dei messaggi

È un processo di messa in comune tra soggettività complesse

È un processo di circolazione di informazioni tra due o più soggetti

...(omissis)...

• Indica con una crocetta se le seguenti affermazioni sono *Vere* o *False*.

AFFERMAZIONE	V	F
Ascoltare è un processo naturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formazione, l'esperienza e le conoscenze influenzano le nostre percezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentire e ascoltare sono la stessa cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascoltare è un'abilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chi parla è interamente responsabile del successo della comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ascolta meglio se si ha un livello emotivo alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parlare è una parte della comunicazione più importante che ascoltare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...(omissis)...

Fig. 7 Questionario finale di verifica delle conoscenze (esempi di domande a risposta chiusa).

REGIONE VENETO – U.L.S.S. 15

«La gestione delle dinamiche relazionali nelle organizzazioni sociosanitarie»

Questionario di gradimento

...(omissis)...

1. Per ciascuno degli aspetti sotto indicati, riguardanti il percorso cui hai partecipato, esprimi il tuo grado di soddisfazione.

	<i>Per niente soddisfatto</i>			<i>Decisamente soddisfatto</i>		
1.1 Modalità di gestione e di conduzione del corso	1	2	3	4	5	6
1.2 Materiali utilizzati	1	2	3	4	5	6
1.3 Utilità pratica del corso	1	2	3	4	5	6

2. In che misura il percorso formativo ha corrisposto alle tue aspettative?

	<i>Nessuna</i>			<i>Molta</i>		
	1	2	3	4	5	6

3. Secondo te sono stati utili i seguenti momenti del percorso formativo?

	<i>NO, affatto</i>			<i>Sì, decisamente utili</i>		
3.1 Presentazione di tematiche	1	2	3	4	5	6
3.2 Discussioni	1	2	3	4	5	6
3.3 Esercitazioni	1	2	3	4	5	6

...(omissis)...

Fig. 8 Questionario finale di verifica del gradimento (esempi di scale di reazione).

4. Conclusioni

Le ricadute del percorso formativo sono state assai più ampie di quanto prospettato nella fase di progettazione. Il ricorso a una metodologia didattica basata sull'apprendimento attivo ha, infatti, consentito ai partecipanti di acquisire delle conoscenze specifiche riguardanti la relazione e la comunicazione interpersonali, ma anche di interrogarsi e confrontarsi sulla propria esperienza all'interno delle UVMD, vale a dire di una modalità di lavoro che richiede un approccio sinergico ai bisogni dell'utente, e di riflettere non solo e non tanto sul proprio ruolo professionale quanto sul proprio modo di viverlo.

È emerso a più riprese come a tutt'oggi sull'integrazione sociosanitaria gravi una formazione iniziale volta all'iperspecializzazione e al mantenimento di una rigida gerarchizzazione professionale che — prendendo a riferimento la figura del medico — sono speculari a una pratica d'impostazione pseudo-ippocratica fondata su modalità comunicative in cui «quello che dovrebbe essere un *dialogo* [...] diventa un *monologo* con cui il medico pretende di imporre al paziente il proprio sapere, senza per nulla dividerlo con lui» (Martini, 2007, p. 61). Sicché alla riflessione sui problemi dipendenti da una competenza comunicativa inadeguata si è intrecciata la discussione sui rapporti di potere tra le differenti professionalità e sulle difficoltà derivanti dalla resistenza a staccarsi dall'abitudine di fornire prestazioni individualistiche per collocarsi nella dimensione dell'azione concordata. Ne è sortito un confronto di ampio respiro, che ha reso manifesto come un lavoro integrato e condiviso come quello delle UVMD non dipenda solo da appropriate modalità di scambio, ma anche dalla disponibilità di ciascun professionista a riconoscere la limitatezza del proprio intervento, con ciò confermando ancora una volta l'assunto pedagogico secondo cui a essere chiamata in causa nell'apprendimento sia la persona nella globalità del suo essere.

Bibliografia

- Alessandrini G. (2005), *Manuale per l'esperto dei processi formativi*, Roma, Carocci.
- Bandler R. e Grinder J. (1981), *La struttura della magia*, Roma, Astrolabio.
- Bandler R. e MacDonald W. (1991), *Guida per l'esperto alle submodalità*, Roma, Astrolabio.
- Berne E. (1970), *Guida per il profano alla psichiatria e alla psicoanalisi*, Roma, Astrolabio.
- Berne E. (1971), *Analisi transazionale e psicoterapia*, Roma, Astrolabio.
- Berne E. (2000a), *A che gioco giochiamo*, Milano, Bompiani.
- Berne E. (2000b), «Ciao!»... *E poi?*, Milano, Bompiani.
- Bissolo G. e Fazzi L. (a cura di) (2005), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci Faber.
- Bonino S. (1988), *Psicologia per la salute*, Milano, Ambrosiana.
- Borella V.M. (1997), *Comunicare, persuadere, convincere*, Milano, FrancoAngeli.
- Capranico S. (1997), *Role playing*, Milano, Raffaello Cortina.
- Castagna M. (2001), *Role Playng, autocasi ed esercitazioni psicosociali. Come insegnare comportamenti interpersonali*, Milano, FrancoAngeli.
- Cocco G. e Tiberio A. (2005), *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building*, Milano, FrancoAngeli.
- Colasanti A.R. e Mastromarino R. (1994), *Ascolto Attivo*, Roma, Ifrep.
- Contini M. (1980), *Comunicazione e educazione*, Firenze, La Nuova Italia.
- Contini M. (1984), *Comunicare fra opacità e trasparenza*, Milano, Bruno Mondadori.
- Cosmacini G. (2005), *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, Laterza.
- Delors J. (1998), *Nell'educazione un tesoro. Rapporto all'UNESCO della Commissione Internazionale sull'Educazione per il Ventunesimo Secolo*, Roma, Armando.
- Di Francesco G. (2004), *Le competenze trasversali nell'ambito dei nuovi scenari del mercato del lavoro*. In G. Alessandrini (a cura di), *Pedagogia delle risorse umane e delle organizzazioni* (pp. 149-160), Milano, Guerini.

- Di Marzo R. (2005), *Le forme della realizzazione dell'UVMD*. In R. Di Marzo e L. Gui (a cura di), *Proposte per l'integrazione nei servizi sociali e sanitari. Formazione e azione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale* (pp. 119-148), Milano, FrancoAngeli.
- Dilts R. et al. (1982), *Programmazione Neurolinguistica*, Roma, Astrolabio.
- Fadda R. (2000), *Formazione, comunicazione, interpretazione*, «Studium Educationis», n. 2, pp. 633-642.
- Franta H. e Colasanti A.R. (1999), *L'arte dell'incoraggiamento*, Roma, Carocci.
- Franta H. e Salonia G. (2005), *Comunicazione interpersonale*, Roma, LAS.
- Galliani L., Padoan I. e Felisatti E. (2000), *Teorie e tecniche della comunicazione*, Trento, Erickson.
- Gasperi E. (2002), *Il linguaggio e la comunicazione nella formazione dell'educatore. Alcuni modelli*, Padova, Cleup.
- Harris T.A. (1995), *Io sono OK, tu sei OK*, Milano, Rizzoli.
- Knowles M. (1993), *Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia*, Milano, FrancoAngeli.
- Laing R.D. (1977), *L'io e gli altri. Psicopatologia dei processi interattivi*, Firenze, Sansoni.
- Lindeman E.C. (1926), *The Meaning of Adult Education*, New York, New Republic.
- Martini S. (2007), *Bisturi, fuoco, parola. Gli strumenti dell'arte medica ippocratica*, Cosenza, Pellegrini.
- Mauri A. e Tinti C. (2002), *Formare alla comunicazione. Percorsi di gruppo per lo sviluppo di relazioni efficaci nelle professioni educative, sociali e sanitarie*, Trento, Erickson.
- Milella M. (1998), *La rete nascosta. Per una relazionalità formativa*, Padova, Cleup.
- Murgatroyd S. (1995), *Il counseling nella relazione d'aiuto*, Roma, Sovera Multimedia.
- Quaglino G.P. e Carrozzini G.P. (2000), *Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*, Milano, FrancoAngeli.
- Rogers C.R. (1971), *Psicoterapia di consultazione*, Roma, Astrolabio.
- Rogers C.R. (1997) *Terapia centrata sul cliente*, Firenze, La Nuova Italia.
- Schulz von Thun F. (1997), *Parlare insieme*, Milano, Tea.
- Sclavi M. (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Milano, Le Vespe.
- Stewart I. e Joines V. (1990), *L'analisi transazionale*, Milano, Garzanti.
- Tomassucci Fontana L. (1997), *Far lezione*, Firenze, La Nuova Italia.
- Villamira M.A. (a cura di) (1997), *Comunicazione e interazione*, Milano, FrancoAngeli.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J. e Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio.

Documentazione istituzionale/normativa

- Decreto Legislativo n. 502 del 1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*.
- Decreto Legislativo n. 517 del 1993, *Modificazioni al decreto legislativo 30 novembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.
- Delibera Giunta Regione Veneto n. 3242 del 2001, *Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale*.
- Delibera Giunta Regione Veneto n. 4588 del 2007, *Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 – Approvazione linee di indirizzo alle A. ULLS*.
- Legge n. 833 del 1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.

Piano sanitario nazionale 1998-2000, *Un patto di solidarietà per la salute*.

ULSS 15 Regione Veneto (2006), *Regolamento per il funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali*.

Abstract

L'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale è uno strumento operativo che si costituisce sui bisogni complessi della persona, chiamando in causa differenti professionalità sociosanitarie, le quali — tenendo conto dei servizi territoriali esistenti — insieme elaborano e propongono un progetto assistenziale e riabilitativo individualizzato. In questa modalità di lavoro, la comunicazione svolge inevitabilmente un ruolo primario; di qui la proposta di un percorso formativo basato su modalità didattiche esperienziali, volto a promuovere la capacità di instaurare buone relazioni tra operatori e a incoraggiare a riflettere — per affrontarli adeguatamente — sui processi generatori di situazioni conflittuali, attraverso lo sviluppo di specifiche competenze nell'ambito della comunicazione interpersonale.

Parole chiave: organizzazione sociosanitaria, relazione, formazione, apprendimento attivo

Abstract

The Multidimensional District Evaluation Unit is a way of operating based on the complex needs of the client. Its action takes advantage of medical and social workers from a wide range of professional skills, who work side-by-side to elaborate and propose a personalized nursing and rehabilitation project, alongside with other local welfare services. In such a context, communication is inevitably of utmost importance: in this work, we propose an experience-based training aiming at improving the operators' skills at relating with each other and promoting individual as well as group reflection on those inter-professional processes that cause conflicts — thus refining the ability to confront them — by developing specific competences pertaining to interpersonal communication.

Keywords: medical and social welfare organization, relating, education, active learning

