

Formazione interdisciplinare: l'esperienza di un corso elettivo di salute globale

Interdisciplinary education: experience from an elective global health course

Gloria Raguzzoni*, Andrea Ubiali*, Sara Bontempo Scavo*, Ardigò Martino*

**Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Università di Bologna*

Parole chiave: formazione interdisciplinare, curriculum nascosto, salute globale

RIASSUNTO

Obiettivi: analizzare l'esperienza di formazione interdisciplinare e partecipativa nell'ambito di un corso elettivo di salute globale.

Metodi: lo studio è basato sulla metodologia della ricerca-formazione-intervento partecipata, applicata alla didattica interdisciplinare. Il corso, diretto agli studenti di tutte le discipline, si è svolto presso l'Università di Bologna nell'anno accademico 2016/17. Sono stati utilizzati diversi strumenti di valutazione qualitativa: osservazione partecipante, schede di gradimento e focus group.

Risultati: hanno partecipato al corso 37 studenti, eterogenei per anno di corso, provenienza geografica e ambito disciplinare (prevalentemente medicina e antropologia). L'analisi delle dinamiche del corso si è condensata su quattro aree tematiche (setting interdisciplinare, contenuti didattici, sviluppo di soft skills, partecipazione degli studenti), cercando di far emergere, per ciascuna area, gli elementi favorevoli e quelli ostacolanti. Strategie specifiche possono essere messe in atto per affrontare gli elementi individuati, ma non tutte sono applicabili in un contesto sperimentale come quello di un corso elettivo.

Conclusioni: interventi di formazione interdisciplinare sono ben accolti dagli studenti, ma si scontrano con molteplici elementi ostacolanti derivanti da un ambiente universitario di tipo monodisciplinare. Per superare efficacemente questi ostacoli è opportuno passare dalla fase di sperimentazione a quella di implementazione strutturale.

Key words: interdisciplinary education, hidden curriculum, global health

Autore per corrispondenza: gloria.raguzzoni@gmail.com

SUMMARY

Objectives: to analyse the interdisciplinary and participative education experience of a global health course.

Methods: the study is based on the participatory training-action-research methodology, applied to interdisciplinary education. The course, open to students from all faculties, took place at the University of Bologna in the academic year 2016/17. Different qualitative methodologies have been used: participant observation, satisfaction survey and focus group.

Results: the course involved 37 students, heterogeneous for year of study, provenance and discipline (mainly medicine and anthropology). Thematic analysis of learning dynamics showed four main areas: interdisciplinary setting, educational contents, development of soft skills and students' participation. Each area was then explored in order to detect impeding and supporting elements. Specific strategies can be implemented in order to address these elements, not all of them, though, are applicable to an experimental context like an elective course.

Conclusions: interdisciplinary education interventions are appreciated by students, but they collide with many impeding factors, mainly related to the monodisciplinary academic context. In order to effectively overcome these obstacles, a shift from the experimental phase to a structural one is advised.

Introduzione

Il profilo di salute della popolazione italiana è stato fortemente modificato negli ultimi cinquant'anni dalla transizione epidemiologico-demografica, che ha determinato un progressivo prevalere delle malattie cronico-degenerative su quelle acute ed un contestuale invecchiamento della popolazione (1). Il nuovo paradigma in cui i professionisti si trovano ad operare oggi risulta caratterizzato da una maggiore complessità rispetto al passato: con il prevalere delle patologie croniche i determinanti sociali della salute assumono un peso relativo superiore a quello dei determinanti prettamente biologici, chiamando in causa bisogni che non necessariamente trovano risposta all'interno dell'ambito sanitario. Inoltre, questi stessi determinanti possono subire fenomeni trasformativi anche molto rapidi a causa degli attuali processi di globalizzazione, che possono manifestarsi diversamente a seconda del contesto geografico e sociale (2). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i cambiamenti osservati sul piano epidemiologico non sono stati accompagnati da un parallelo adeguamento dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, il che ha determinato uno scollamento tra profilo epidemiologico e formazione universitaria, a sua volta responsabile di un allontanamento tra reali bisogni di salute della popolazione e competenze offerte dai professionisti sanitari (3). L'OMS pertanto individua nel retraining e nel reprofiling dei professionisti sanitari, e nell'ammodernamento dei curriculum, strategie necessarie per migliorare la capacità di cura e presa in carico dei sistemi sanitari (4). I suggerimenti dell'OMS sono stati raccolti sia a livello internazionale che nazionale e diversi autori hanno segnalato la necessità di ripensare la formazione dei professionisti sanitari affinché questa non rimanga ancorata allo scenario pre-transizione epidemiologica (5,6).

Alcuni tentativi di rinnovare la formazione medica sono stati fatti in Italia in anni re-

centi. Un esempio eccellente è quello dell'insegnamento della salute globale (7), che si propone di collocare l'analisi dei processi salute-malattia all'interno di un ampio contesto ecosociale (8), piuttosto che in un ambiente astratto e decontestualizzato. Altro esempio riguarda l'inclusione nei curriculum formativi delle *Medical Humanities*, ovvero una varietà di contenuti e metodologie che possono spaziare dalla psicologia, alla sociologia, all'antropologia, alla critica letteraria, alle arti figurative, al diritto e alla filosofia, che dovrebbero contrastare il diffondersi di atteggiamenti riduzionistici e sostenere un approccio bio-psico-sociale (9,10). Inoltre sono stati suggeriti alcuni possibili cambiamenti riguardanti il focus della formazione, che potrebbero avvenire in almeno tre diverse declinazioni. Primo: dalla prospettiva ospedale-centrica a quella improntata sulla *Primary Health Care*, per accompagnare la progressiva transizione del sistema sanitario verso l'adozione di nuovi modelli di cure territoriali (11). Secondo: dalla cura centrata sulla patologia a quella centrata sul paziente (12,13), per supportare l'aumento della complessità assistenziale determinato dalla cronicità multipla e dalle fragilità sociali e sanitarie. Terzo: dall'educazione basata sulle conoscenze a quella basata sulle competenze necessarie in un determinato contesto e sul lavoro in team, per supportare processi assistenziali integrati con le risorse territoriali e familiari, così come previsto per esempio dal *Chronic Care Model* (14-16). Questi cambiamenti, associati all'adozione di un modello di formazione interprofessionale, potrebbero contribuire alla costruzione di un sapere interdisciplinare non più parcellizzato e al coinvolgimento di figure professionali diversificate e in grado di lavorare in équipe (17-19). Questo tipo di approccio a sua volta non può prescindere dallo sviluppo e potenziamento di alcune competenze pratiche come le *soft skills* (capacità relazionali, comunicative, autoriflessive e di lavoro in gruppo (20)) che attualmente sono poco presenti nei percorsi formativi tradizionali, per lo più improntati su attività di formazione individuali.

I tentativi di attuare questo genere di trasformazione sono ancora sperimentali e non strutturali, mancando una reale ed effettiva integrazione interdisciplinare all'interno dei curriculum ufficiali. La letteratura inoltre suggerisce la necessità di valutare gli effetti di possibili fattori ostacolanti, che possono frenare il cambiamento. Questi fattori possono essere esplicite caratteristiche dei curriculum formali o possono far parte del cosiddetto "curriculum nascosto", ovvero un insieme di idee, valori, comportamenti e pratiche, mai dichiarati ma in grado di permeare l'istituzione universitaria e di influenzare indirettamente i processi pedagogici (21,22). L'effetto del curriculum nascosto, se non adeguatamente contrastato, può frenare il cambiamento verso un nuovo paradigma educativo anche quando questo venga formalmente accettato (23).

In linea con quanto sopra detto, il Centro di Salute Internazionale (CSI) dell'Università di Bologna ha cercato, a partire dal 2013, di sperimentare nuovi modelli educativi attraverso la proposta di un corso elettivo annuale. Il corso, aperto agli studenti di tutte le

facoltà nell'ottica di creare un setting interdisciplinare, è stato costruito attorno ai temi importanti della salute globale e della *Patient-Centered Primary Health Care*, con un'attenzione specifica allo sviluppo di conoscenze e competenze il più possibile aderenti allo scenario epidemiologico e sociale locale.

Scopo di questo studio è analizzare l'esperienza di formazione interdisciplinare e partecipativa realizzata tramite il corso elettivo.

Materiali e metodi

Nell'anno accademico 2016/17 il CSI ha organizzato presso il Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna la più recente edizione del corso elettivo, dal titolo: "Salute globale, determinanti sociali e strategie di *Primary Health Care*". L'obiettivo dichiarato era quello di favorire una comprensione più profonda del significato di salute in un ambiente formativo multidisciplinare, a partire da problemi legati al contesto locale. Il corso, all'interno di un percorso di ricerca-formazione-intervento partecipata (24), ha previsto la collaborazione ed il coinvolgimento di alcuni studenti partecipanti alle edizioni precedenti alla preparazione del corso, nel tentativo di integrare le esperienze dei discenti nella costruzione del curriculum e nelle scelte metodologiche. Le lezioni si sono svolte da marzo a giugno, con 12 incontri a cadenza settimanale di 2 ore ciascuno, effettuati in orario serale (dalle 18 alle 20). La scelta delle tempistiche, effettuata sulla scorta delle esperienze degli anni precedenti, non interferendo con altre attività didattiche obbligatorie, ha permesso di garantire la più ampia partecipazione possibile a studenti provenienti da differenti percorsi formativi. Si è cercato di rendere la partecipazione degli studenti il più eterogenea possibile, dal punto di vista anagrafico, professionale e geografico. Per questo motivo il corso era aperto a qualsiasi facoltà, senza limitazioni di anno di corso o di provenienza. Il corso inoltre riconosceva tre crediti formativi e non prevedeva alcun esame finale, nell'ottica di stimolare la centralità dello studente nel percorso di apprendimento e di autovalutazione individuale e collettiva. Il programma del corso si è articolato attorno ai temi della transizione epidemiologica, dei determinanti sociali di salute e della *Primary Health Care*, analizzati attraverso la lente degli attuali processi di globalizzazione. La didattica si è avvalsa di strumenti il più possibile diversificati: lezioni frontali, didattica non formale e interattiva, con ampio spazio dedicato al dibattito tra gli studenti. Le possibilità di interazione per altro venivano moltiplicate dalla condivisione di uno spazio virtuale (social network), su cui proseguire la discussione al di fuori delle ore di lezione, e dalla compilazione di schede di gradimento anonime che venivano poi ridiscusse di volta in volta in aula. Parte della didattica è stata realizzata attraverso le tecniche del problem based learning (25), assegnando agli studenti dei lavori da realizzare in piccoli gruppi. Queste attività erano mirate all'apprendimento di specifiche conoscenze, ma avevano anche la doppia finalità di favorire lo sviluppo di competenze relazionali,

organizzative, autoriflessive e di lavoro in team attraverso il contatto e la collaborazione diretta.

L'andamento del corso è stato monitorato tramite metodologie di indagine qualitativa (26) come l'osservazione partecipante (raccolta attraverso la redazione di un diario di campo dei tutor) e l'utilizzo di schede di gradimento anonime. Al termine del corso è stato inoltre realizzato un focus group per la valutazione del percorso formativo e per l'interpretazione partecipata dei dati raccolti. I materiali sono stati vagliati attraverso la metodologia dell'analisi di contenuto e triangolati con la produzione teorica internazionale rispetto ai temi rilevati (27,28).

Risultati

Il corso è stato frequentato da 37 partecipanti, tra loro eterogenei per anno di corso, provenienza geografica e ambito disciplinare. Le discipline coinvolte sono state: medicina, infermieristica, antropologia, educazione sanitaria, fisioterapia e psicologia. I partecipanti provenivano da svariate regioni italiane, con rappresentanze dal nord al sud, e da paesi stranieri tra cui Spagna, Brasile e Camerun. Al focus group, realizzato dopo il termine delle lezioni, hanno preso parte 12 studenti. L'analisi effettuata sui diari di campo, sulle schede di gradimento e sulle trascrizioni del focus-group ha permesso di isolare 4 assi tematici principali.

Setting interdisciplinare

Il fatto che i partecipanti avessero background formativi molto diversi tra loro ha determinato inizialmente un rallentamento e un appesantimento della didattica, a causa della mancanza di un linguaggio comune. È stato necessario dedicare molto tempo per livellare le reciproche conoscenze. Questo processo è stato facilitato dall'adozione di uno stile didattico interattivo e informale, che incentivasse la partecipazione attiva degli studenti. Il setting così creato è stato molto apprezzato dagli studenti ("Mi è piaciuto il fatto che le domande fossero prima poste agli studenti e solo successivamente si costruisse la spiegazione"). Dopo le prime lezioni introduttive è stato possibile instaurare un dialogo tra studenti - e tra docente e studenti - via via sempre più efficace. La giustapposizione di punti di vista tra loro molto diversi ha permesso di raggiungere una maggiore profondità di analisi ed una costruzione collettiva della conoscenza ("Mi è piaciuto l'approccio collettivo nel discutere le cose"). A titolo di esempio citiamo due casi, che hanno richiesto un'ampia mediazione. Il primo ha riguardato il tema delle vaccinazioni, un tema caldo nell'epoca del corso per via del dibattito sulla legge sull'obbligatorietà, in merito al quale alla "acritica normatività medica" è stata contrapposta una maggiore problematizzazione su affidabilità delle fonti e conflitto di interessi. Il secondo, incentrato sul piano etico-morale, affrontando il tema dell'accesso alle cure, ha prodotto un confronto trasver-

sale, in cui era il background personale più che quello professionale ad essere messo in gioco. Le occasioni di confronto interdisciplinare sono state ulteriormente amplificate tramite l'introduzione dei lavori di gruppo, che hanno permesso un maggior contatto tra i partecipanti, accelerando la reciproca conoscenza e la condivisione di conoscenze. Più negativo è stato il giudizio degli studenti rispetto alle caratteristiche spaziali dell'aula, pensata per lezioni frontali tradizionali ("Cambiare aula, in modo che possiamo essere tutti sullo *stesso livello*, magari un'aula circolare in cui ci sia almeno più visibilità tra di noi").

Contenuti didattici

Gli studenti hanno manifestato un forte interesse sia per i temi trattati, in generale poco conosciuti, sia per il carattere di interdisciplinarietà con cui sono stati affrontati ("Quelli trattati sono argomenti che si vedono poco o per nulla nei singoli corsi di laurea", "Mi è piaciuto molto il fatto che venissimo tutti da diversi background"). La novità dei temi costituiva in realtà un elemento ambivalente: da un lato c'era il coinvolgimento e l'entusiasmo per argomenti sconosciuti, dall'altro la difficoltà di addentrarsi in un campo di conoscenza estraneo. Alcuni studenti hanno percepito come problematico lo scontrarsi con terminologie specifiche e concetti complessi a volte dati per scontati. La vastità e la complessità dei temi trattati hanno richiesto un grosso impegno da parte degli studenti, con la necessità di tempistiche di approfondimento molto lunghe. ("Due ore sono troppo poche", "Troppa carne al fuoco"). A volte invece proprio la mancanza di tempo ha determinato una carenza di approfondimento ("Per ogni lezione c'era tantissimo da dire di più, ma il tempo era poco, quindi raggiungere alcuni obiettivi presupponeva tante cose prima e a volte c'era l'impressione che la conclusione fosse riduttiva"). La stessa carenza di tempo e la sensazione di avere a che fare con contenuti troppo vasti non ha riguardato solo le lezioni in aula ma anche lo studio individuale ("Volume dei materiali di approfondimento oltre la mia capacità di smaltimento") e la produzione dei lavori di gruppo.

Sviluppo di soft skills

I lavori di gruppo hanno rappresentato un elemento fortemente ambivalente del corso. Il lavoro collettivo è stato riconosciuto dagli studenti come positivo e stimolante ("È stato molto interessante confrontarsi a viso aperto", "Bello essere stati spronati a riflettere su se stessi"). Esso ha permesso di sviluppare la conoscenza reciproca, lo scambio di conoscenze e le competenze relazionali ed autorganizzative. Tale percorso ha inoltre portato alla realizzazione di restituzioni finali, esempio di costruzione collettiva di conoscenza a partire da problemi concreti ("[...] interessante vedere come gli altri gruppi abbiano interpretato la stessa consegna in modo diverso anche se a molti sembrava potesse causare ripetitività").

Allo stesso tempo però le attività di gruppo hanno rappresentato un grosso scoglio per gli studenti che si sono sentiti come arenati davanti ad un compito per cui non si sentivano adeguatamente preparati. La prima criticità osservata è stata la necessità di autogestirsi come gruppo. Gli studenti hanno manifestato una mancanza di competenze in tal senso che è stata più volte esplicitata al docente con la richiesta di approfondimenti teorici specifici. È stata quindi preparata una lezione ad hoc sull'argomento e sono stati allestiti degli spazi dedicati alla "manutenzione" dei lavori di gruppo. Nonostante la presenza di questo supporto didattico, in entrambi i compiti assegnati, i lavori sono stati presentati in ritardo sul tempo previsto. Gli studenti di antropologia sono risultati mediamente dotati di maggior competenza in questo ambito, ed in molti casi hanno guidato i compagni di corso permettendo la realizzazione del compito. Gli studenti di medicina invece si sono rivelati essere quelli meno avvezzi al lavoro di gruppo e per alcuni di loro questa ha rappresentato la prima occasione di collaborazione e dialogo con i compagni. Alla fine del percorso gli studenti sono diventati consapevoli delle proprie carenze nell'ambito delle soft skills, riconoscendo nel loro percorso formativo tradizionale l'assenza di specifici esercizi e pratiche collaborative. Comprensibilmente dunque sono stati apprezzati gli approfondimenti teorici proprio su questi argomenti ("[...] ho apprezzato moltissimo la parte in cui si rifletteva su come si auto-organizzava il lavoro. Riflettere su questa parte è stato molto utile"). Secondo alcuni la lezione teorica avrebbe dovuto precedere lo svolgimento dei lavori ("[...] dare prima strumenti per auto-organizzare il gruppo. Scegliendo magari per ogni gruppo i ruoli, potrebbe essere una spinta per partire un pò meglio.").

Partecipazione degli studenti

La partecipazione al corso è risultata variabile nel tempo, subendo l'effetto di fattori facilitanti e/o ostacolanti. Elementi concomitanti legati all'università come sessioni esami e tirocini obbligatori hanno influito negativamente, scoraggiando la partecipazione. L'estensione delle attività attraverso l'utilizzo di spazi virtuali ha invece permesso una compensazione in senso positivo. Gli studenti hanno partecipato attivamente sui social network, approfondendo i temi di discussione e condividendo materiali ed informazioni su eventi di interesse comune. Per molti dei gruppi inoltre i social network hanno rappresentato lo strumento di base per comunicare ed organizzarsi. La principale preoccupazione degli studenti tuttavia si è concentrata non tanto sulle difficoltà a frequentare il corso elettivo nonostante gli impegni curriculari sovrapposti, quanto sulla possibilità di mantenere e coltivare le competenze apprese nel loro futuro professionale ("Bisognerebbe anche riflettere su dove posso utilizzare e come le competenze e skills apprese prima che si perdano"). Essi hanno infatti lamentato la mancanza di altri percorsi simili a questo all'interno dell'università.

Discussione

Le Università europee si sono costituite, nel corso dei secoli, principalmente come istituti educativi centrati sulla monodisciplinarietà, con un'organizzazione fortemente strutturata dalla rigida divisione in facoltà e discipline specifiche (29). L'Università di Bologna, fondata nel 1088, non fa eccezione. Nonostante il recente e crescente interesse per la formazione interdisciplinare, all'interno di questo tipo di strutture, esperienze di formazione che possano superare le tradizionali barriere tra facoltà, sono possibili per lo più sotto forma di sperimentazioni o attività informali, poiché non esistono ancora infrastrutture dedicate allo sviluppo e al supporto dell'interdisciplinarietà (30). Il corso elettivo organizzato dal CSI rappresenta un tentativo di superare queste barriere e allo stesso tempo si offre come uno studio di caso emblematico per analizzare le specifiche interferenze che si creano quando si cerca di inserire un'attività di formazione interdisciplinare e basata su metodiche didattiche innovative, all'interno di un contesto tradizionale e monodisciplinare. In particolare abbiamo cercato di far emergere gli elementi facilitanti, che possono essere efficacemente sfruttati per implementare esperienze analoghe, e quelli ostacolanti, che devono essere in qualche modo superati per ottenere una maggiore efficacia di intervento.

La prima questione importante ha riguardato la creazione di un setting adeguato per la formazione interdisciplinare. I principali fattori favorevoli sono stati due: le caratteristiche locali del contesto universitario bolognese e la storia dell'elettivo stesso. Bologna, grazie al suo grande polo universitario offre svariati percorsi di studio, sia in ambito umanistico che scientifico, attirando studenti provenienti da diverse regioni d'Italia e da diversi paesi stranieri. Questo ha permesso di ottenere una notevole eterogeneità per quanto riguarda la provenienza dei partecipanti. La storia pluriennale del corso elettivo del CSI ha permesso inoltre una diffusione e pubblicizzazione del corso tra gli studenti delle facoltà che storicamente hanno più spesso collaborato con il CSI stesso. La realizzazione di attività sperimentali o informali di vario genere permette infatti di creare una rete di relazioni che, sebbene non istituzionalizzata, può essere sfruttata per incrementare il coinvolgimento degli studenti. D'altro canto la carenza di percorsi strutturati e istituzionalizzati ha portato con sé anche una serie di ostacoli per la creazione del setting. La partecipazione degli studenti, elevata per quelle facoltà che, come già detto, erano state precedentemente coinvolte in attività di collaborazione con il CSI, è risultata invece bassa o addirittura assente per le facoltà più "distanti". Questo tipo di disparità non era giustificata dall'impostazione e dai contenuti del corso, volto ad indagare la salute nel suo significato più ampio possibile e dunque in grado di abbracciare potenzialmente tutti gli ambiti (31), ma deriva probabilmente dalla mancata capacità di superare la frammentazione tra facoltà. L'organizzazione del corso, pur con la collaborazione degli studenti che avevano partecipato alle edizioni precedenti, è stata presa in carico dalla sola facoltà

di medicina. Un'organizzazione realmente integrata tra facoltà differenti avrebbe forse potuto rendere disponibile una maggiore quantità di risorse, sia materiali (aule e spazi), che immateriali (conoscenze, strumenti per la didattica, disponibilità di tutor e docenti). Questa limitazione di risorse ha necessariamente condizionato anche la scelta del setting di formazione, interamente costituito da lezioni in aula e senza attività di campo. Oltre ai vincoli di risorse, anche le rigidità della struttura universitaria hanno condizionato spazi e tempi in cui il corso si è potuto sviluppare. La distribuzione delle attività curriculari ha rappresentato per gli studenti un vincolo non modificabile. L'ambiente universitario infatti costituisce una cornice fortemente rigida, sulla quale gli studenti non hanno voce in capitolo (32-33) e l'unico modo per aggirarla è stato quello di sfruttare degli spazi "interstiziali" (34), o a volte addirittura virtuali. Tutte le lezioni infatti sono state effettuate nella fascia tardo-pomeridiana, mentre le attività di gruppo sono state svolte durante gli intervalli di tempo libero.

I contenuti e le modalità didattiche sono stati gli elementi più apprezzati degli studenti. Essi hanno riconosciuto la presenza di un gap formativo, sia in termini di conoscenze che di competenze, che non trovava risposta nell'ambito della formazione universitaria tradizionale. La possibilità di colmare questo gap, sebbene incontri l'entusiasmo e l'interesse degli studenti, si scontra con alcuni importanti fattori ostacolanti. In primo luogo i docenti devono essere adeguatamente e specificatamente formati, sia per l'educazione interdisciplinare (35) che per l'adozione di strategie didattiche specifiche come il *problem based learning* e la didattica interattiva. La letteratura suggerisce che attualmente la presenza e disponibilità di questo tipo di figure dipenda più dall'interesse di ricerca personale che da specifiche linee di indirizzo universitarie (34). In secondo luogo, anche in presenza di docenti adeguatamente formati, il processo di costruzione collettiva di conoscenza su temi di così vasta portata, e a partire da studenti provenienti da background eterogenei, richiede molto tempo. Come abbiamo visto nel nostro corso, sono necessari tempo e impegno per il livellamento delle conoscenze, per la creazione di linguaggi comuni, per gli approfondimenti e il dibattito. In questo contesto la costruzione di conoscenze è limitata dal curriculum ufficiale che lascia poco spazio per le scelte o le inclinazioni individuali degli studenti. La costruzione di competenze invece è influenzata da dinamiche più velate imposte dal curriculum nascosto, di cui gli studenti sono meno consapevoli (36-37). Nel nostro caso l'effetto del curriculum nascosto si è disvelato soprattutto mettendo in luce le carenze degli studenti nell'ambito delle competenze relazionali, collaborative e autoriflessive. Nella pratica quotidiana gli studenti, soprattutto di medicina, imparano ad introiettare un comportamento fortemente competitivo ed individualista, che li ostacola nel raggiungimento degli obiettivi più collaborativi. Gli effetti negativi dei due curriculum, ufficiale e nascosto, hanno richiesto strategie di contrasto differenziate. Il curriculum ufficiale non è direttamente modificabile, almeno senza un intervento di natura strutturale,

ma può essere aggirato sfruttando i possibili spazi interstiziali. Il curriculum nascosto invece può essere più facilmente plasmato e modificato, ma solo una volta che lo si sia reso visibile. La nostra strategia è stata quella di rendere il curriculum nascosto oggetto di discussione critica. Gli studenti sono stati messi deliberatamente di fronte alle proprie carenze e stimolati a ragionare in maniera autoriflessiva sulla natura e la causa dei loro stessi comportamenti. Questo ha permesso a molti di loro di liberarsi di atteggiamenti introiettati e “naturalizzati” e di sperimentare nuove modalità di lavoro e di relazione con i compagni.

La partecipazione degli studenti ha mostrato come gli interessi personali e le aspirazioni degli studenti possano andare oltre l’offerta formativa tradizionale e istituzionalizzata e come sia possibile intercettare queste aspirazioni. Ancora una volta però la rigidità del curriculum agisce come elemento interferente. Le aspirazioni individuali possono passare in secondo piano di fronte a questioni percepite con maggiore priorità dagli studenti, come esami e tirocini obbligatori, vincolati alla carriera universitaria. Data la disomogeneità dell’organizzazione dei corsi, questi ostacoli non sono superabili se non attraverso un intervento strutturale curricolare, che preveda e costruisca spazi inter-facoltà per realizzare la formazione intersettoriale. Infine, gli studenti hanno manifestato preoccupazioni circa la possibilità di poter mantenere e coltivare le competenze apprese durante il corso. Il problema della sostenibilità a lungo termine è particolarmente critico per iniziative fragili e sperimentali come la nostra, soprattutto in un momento storico di crisi economica, in cui le attività interdisciplinari possono apparire eccessivamente dispendiose, il che le rende precarie e facilmente suscettibili a tagli e cancellazioni (38-40). Inoltre, in assenza di altre iniziative simili che sostengano l’apprendimento degli studenti nel lungo periodo, il rischio è che ciò che si è costruito con fatica venga rapidamente perduto. Il percorso pluriennale del nostro corso elettivo (41) ci ha in realtà permesso di osservare come questo non si verifichi sempre. Il coinvolgimento degli studenti nelle attività didattiche effettuate nel corso degli anni infatti ha spesso generato un circolo virtuoso di risorse utili per la riproposizione del corso negli anni successivi. Parallelamente abbiamo visto sorgere altre attività collaterali come collaborazioni, tirocini ed elaborazioni di tesi, innescate dal primo aggancio del corso elettivo. Queste iniziative hanno trovato il modo di svilupparsi anche all’interno dell’attuale contesto a carattere monodisciplinare. Se l’integrazione disciplinare trovasse spazio all’interno del curriculum universitario, queste iniziative potrebbero giovare di maggior supporto e riconoscimento.

Conclusioni

I principali elementi che ostacolano la realizzazione di corsi formativi interdisciplinari sono la rigidità della struttura universitaria tradizionale e il curriculum nascosto che ne permea le pratiche quotidiane. È possibile creare setting favorevoli identificando e

sfruttando gli spazi (e gli interstizi) in cui i vincoli strutturali appaiono più deboli. Allo stesso modo il curriculum nascosto può essere svelato e contrastato. Alcuni degli interventi necessari tuttavia sono realizzabili solo passando da un approccio sperimentale ad uno più strutturale. Nell'attesa che ciò si verifichi, la realizzazione di esperienze come la nostra crea dei precedenti, che mostrano le potenzialità di interventi di questo tipo e permettono di analizzare quegli spazi di interstizio e di innovazione in cui coltivare l'interdisciplinarietà.

BIBLIOGRAFIA

1. McKeown RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *Am J Lifestyle Med.* 2009;3(1 Suppl):19S–26S.
2. Martino A. Globalizzazione ed effetti sulla salute. In: Ferla AA, Stefanini A, Martino A. *Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia.* Porto Alegre/Bologna, REDE UNIDA/CSI-Unibo, 2016.
3. World Health Organization. *The World Health report 2008 - Primary healthcare: Now more than ever.* Geneve: WHO; 2008.
4. World Health Organization. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013.* Geneve: WHO; 2013.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet (London, England).* 2010;376(9756):1923–58.
6. Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO). *Professione medica nel terzo millennio. Quale modello formativo.* 2013.
7. Bodini C, Civitelli G, Fabbri A, et al. Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi, esperienze. *Salute internazionale.* 2014.
8. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30(4):668–77.
9. Fieschi L, Matarese M, Vellone E, Alvaro R, De Marinis MG. Medical humanities in healthcare education in Italy: a literature review. *Ann Ist Super Sanità.* 2013;49(1):56–64.
10. Borghi L, Pennacchini M. Medicina high-tech e technical humanities. *L'arco di Giano* 2009;61:165–73.
11. Martino A, Sintoni F, Marta B. La Casa della Salute. *Sist Salut.* 2015;59:519–33.
12. Frankel RM. Relationship-centered care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 2004 Nov;19(11):1163–5.
13. World Health Organization. *Framework on integrated, people-centred health services;* 2016, <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>. Accessed 2016 Sep 23.
14. Lotti A, Dipace A. Dal core competence al core curriculum. 2011.
15. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach.* 2010 Aug 27;32(8):631–7.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569.

17. De Marinis MC, De Marinis MG. L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute: obiettivi, metodologie e contesti formativi. *Med e Chir.* 2013;58:2586–91.
18. World Health Organization. Nursing and Midwifery Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010.
19. Iroku-Malize T, Matson C, Freeman J, McGrew M, David A, ADFM Education Transformation Committee. Interprofessional education. *Ann Fam Med.* 2013;11(2):188–9.
20. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC, National Press Academy, 2001.
21. Hafferty F. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998;73(4):403–7.
22. De Marinis MG, Matarese M, Piredda M. Il paziente al centro del sistema sanitario: una questione di curriculum nascosto. *Medic.* 2013;21(1):37–42.
23. Del Prato D. Student's voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. *Nurse Educ Today* 2013;33(3):286–90.
24. Martino A et al. Pratiche di ricerca-formazione intervento nel contesto italiano: riflessioni dalle esperienze. In: Franco TB, Ceccim RB. Prassi in salute globale: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia. Porto Alegre/Bologna, Rede Unida/CSI-Unibo; 2016.
25. Dolmans DHJM, De Grave W, Wolfhagen IHAP, Van Der Vleuten CPM. Problem-based learning: Future challenges for educational practice and research. *Med Educ.* 2005;39(7):732–41.
26. Hanson JL, Balmer DF, Giardino AP. Qualitative Research Methods for Medical Educators. *Acad Pediatr.* 2011; 5, September–October: 375–386.
27. Denzin NK. The research act in sociology : a theoretical introduction to sociological methods. London: Butterworths; 1970.
28. Reeves S, Kuper A, Hodges BD. Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ.* 2008;337:a1020.
29. Perkin H. History of Universities. In: Forest JJE, Altbach PG. International Handbook of Higher Education. Springer International Handbooks of Education, vol 18. Dordrecht.: Springer, 2007.
30. Lyall C, Meagher L, Bandola J, Kettle A. Interdisciplinary Provision in Higher Education – Current and Future Challenges. York: Higher Education Academy. 2015.
31. The World Health Organization and the Ministry of Social Affairs and Health F. The Helsinki Statement on Health in All Policies. 2013 p. 10–4.
32. Bernstein B. Pedagogy, Symbolic Control, and Identity: Theory, Research, Critique. Lanham, MD: Rowman & Littlefield. 2000.
33. Bernstein B. Class, Codes and Control. London: Routledge; 1975.
34. Lindvig K, Lyall C, Meagher LR. Creating interdisciplinary education within monodisciplinary structures: the art of managing interstitiality. *Stud High Educ.* 2017; 1-14.
35. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach.* 2007; 29(8):735–51.
36. Parsell G, Bligh J, Parsell G, Bligh J. Interprofessional learning. *Postgr MedJ*7; 1998.
37. Pennacchini M. Il valore formativo dell'hidden curriculum. *Medic.* 2016; 24(1):20–7.
38. Klein JT. Creating Interdisciplinary Campus Cultures : A Model for Strength and Sustainability. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Association of American Colleges and Universities; 2010.
39. Henry S. "Disciplinary Hegemony Meets Interdisciplinary Ascendancy: Can Interdisciplinary/Integrative Studies Survive, and, If So, How?" *Issues in Integrative Studies* (23):1–37. 2005.
40. Augsburg T, Henry S. The Politics of Interdisciplinary Studies: Essays on Transformations in American

Undergraduate Programs. Jefferson, NC: McFarland & Co.; 2009.

41. Riccio M et al. Apprendere nella/con la comunità: una sperimentazione di estensione universitaria nella formazione in salute. In: Franco TB, Ceccim RB. Prassi in salute globale: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia. Porto Alegre/Bologna, Rede Unida/CSI-Unibo; 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno