

Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti

Considerations for the training of professionals as a strategy for the promotion and protection of migrants's health

Emma Pizzini, Maria Laura Russo

Società Italiana Medicina delle Migrazioni

Parole chiave: partecipazione, riflessività, competenza culturale, apprendimento trasformativo

RIASSUNTO

Obiettivi: questo articolo ha lo scopo di illustrare, da un lato, come la formazione dei professionisti della salute intercetti i fondamenti della promozione della salute in diversi punti, dall'altro, quanto il sostegno alle competenze dei professionisti sanitari possa fare la differenza nel contrasto alle disuguaglianze di salute che coinvolgono le popolazioni migranti. Si richiama l'attenzione su costrutti, quali "pratica", "comunità di pratica", "apprendimento trasformativo", "riflessività", per evidenziare alcuni aspetti emergenti del dibattito sulla formazione dei professionisti della salute e per fornire agli stessi nuove prospettive per re-interpretare e "trasformare" le proprie pratiche professionali.

Metodi: l'articolo rilegge ed evidenzia alcuni elementi fondamentali delle teorie dell'educazione degli adulti alla luce delle sollecitazioni che provengono dalle esperienze di formazione nel campo della salute dei migranti.

Risultati: si propongono alcune direttrici (impianto partecipativo, coinvolgimento di tutti gli attori come soggetti, sostegno alla *cultural competence*) a partire dalle quali la formazione dei professionisti della salute possa essere realmente una strategia di promozione della salute.

Conclusioni: nella cornice dei cambiamenti e delle tendenze in atto, la formazione deve porsi l'obiettivo di promuovere nuovi strumenti e modelli formativi capaci di considerare l'individuo come protagonista del proprio apprendimento, mediante lo stimolo alla partecipazione, consolidando le competenze legate al riconoscimento dell'importanza della riflessività nella pratica dell'incontro con l'alterità.

Autore per corrispondenza: formazione@simmweb.it

Key words: participation, reflexivity, cultural competence, transformative learning

SUMMARY

Objectives: This article aims to illustrate how the training of professionals is able to approach the fundamental principles of health fostering from different point of views, and, on the other hand, how the training of health professionals can make the difference in how the inequalities that involve migrant populations are tackled. It is important to analyse constructs such as “practice”, “community practice”, “transformative learning” and “reflexivity”, in order to highlight some of the emerging aspects regarding the debate about the training of health professionals and to provide them new perspectives to re-interpretate and evolve their own professional procedures.

Methods: This article re-evaluates and highlights some of the basic elements of adult educational theory, in line with the recent developments that came from the training experiences in the field of migrant’s health.

Results: We propose several paths (participative implant, involvement of all the actors as subjects, support to cultural competence) to craft an effective trainership for health professionals that can deliver a solid strategy for the promotion of health.

Conclusions: In the framework of changes and the recent trends, the training has to aim at promoting new tools and teaching templates capable of viewing the individual as protagonist of his own learning, through stimulating participation, strengthening the know-how related to recognizing the importance of self-awareness in the daily practice with diversity.

*La Educación no cambia el mundo,
cambia a las personas que van a cambiar el mundo
P. Freire*

Le idee e le dialettiche relative alla formazione dei professionisti della salute intercettano i fondamenti della promozione della salute in diversi punti. A partire dalla carta di Ottawa, si delinea – infatti – un sistema di azioni di promozione della salute che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro e in cui soprattutto gli operatori sanitari devono rivestire il ruolo trainante e strategico (advocacy) di “catalizzatori” d’interventi di prevenzione e promozione della salute in diversi ambiti della comunità, costruendo una “rete” di azioni nei diversi contesti che contribuiscono alla salute.

Il successo delle politiche sanitarie e del miglioramento delle cure, infatti, dipende fortemente da coloro i quali erogano le cure, la *performance* complessiva dei sistemi sanitari è criticamente correlata alla *performance* dei suoi professionisti.

Tale nesso è particolarmente visibile per quel che riguarda la salute delle popolazioni migranti, infatti, l’OMS – nell’invitare i paesi membri a perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione migrante – da anni richiama gli Stati Membri a impegnarsi per migliorare la qualità della formazione degli operatori sanitari¹. Difatti, nel perseguimento dei *Millennium Development Goals* (conclusi nel 2015), uno dei fattori strategici per conseguire i risultati attesi è rappresentato dalle risorse umane, dalle loro competenze e, quindi, dalla

1. Organizzazione Mondiale della Sanità (2008). Risoluzione “*Salute dei Migranti?*” n. WHA61.17 del 24 maggio 2008, in occasione della 61^{ma} Assemblea Mondiale della Salute.

formazione fornita agli operatori.

Questa impostazione va aggiunta alla lettura delle disuguaglianze di salute della popolazione migrante, dove è importante cogliere la dinamica esistente tra un sistema sanitario come il nostro - improntato ai principi di universalità - e l'applicazione di tali principi, che pone in primo piano le implicazioni che derivano dalla traducibilità operativa degli ideali di riferimento della programmazione sanitaria. L'impegno per il miglioramento della salute delle popolazioni migranti deve essere accompagnato dalla consapevolezza dei meccanismi alla base dei processi di disuguaglianze, ossia la presa in considerazione di un complesso intreccio di variabili – non solo epidemiologiche cliniche ed economiche, ma soprattutto socio-culturali e psico-sociali - che generano condizioni di non equità. Gli studi sulle disuguaglianze hanno generalmente posto l'accento sugli indicatori socioeconomici, tuttavia le variabili economiche di per sé non sono sufficienti a fornire una spiegazione adeguata del fenomeno. Difatti, malgrado i legami tra il reddito e le traiettorie individuali di salute e malattia siano molto complessi, è stato dimostrato come in questo meccanismo la componente 'etnica' concorre a delineare una condizione sfavorevole che va al di là dello svantaggio di classe (1-2). Questa dinamica appare caratterizzata 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, come l'esistenza di specifici eventi e processi sociali che conducono a più situazione di svantaggio rispetto ai determinanti sociali della salute (3).

Migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per migranti e minoranze etniche e ridurre le disuguaglianze di salute, si lega indissolubilmente alla capacità del sistema salute di formare professionisti sanitari 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 luoghi di cura.

In linea con quanto detto, anche nel momento in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità-Regione Europa, si è preoccupata di identificare gli interventi da mettere in atto per contrastare le disuguaglianze di salute, come vediamo in fig. 1, il ruolo delle politiche che si fondano sulla formazione è più che evidente.

La formazione e l'aggiornamento degli operatori sociosanitari rappresentano, infatti, un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate, in coerenza con i principi, gli obiettivi e le caratteristiche del sistema sanitario e delle professioni che lo animano.

Formazione e educazione

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 vicino alle viti così che i tralci, crescendo, allungandosi, si potessero appoggiare alle

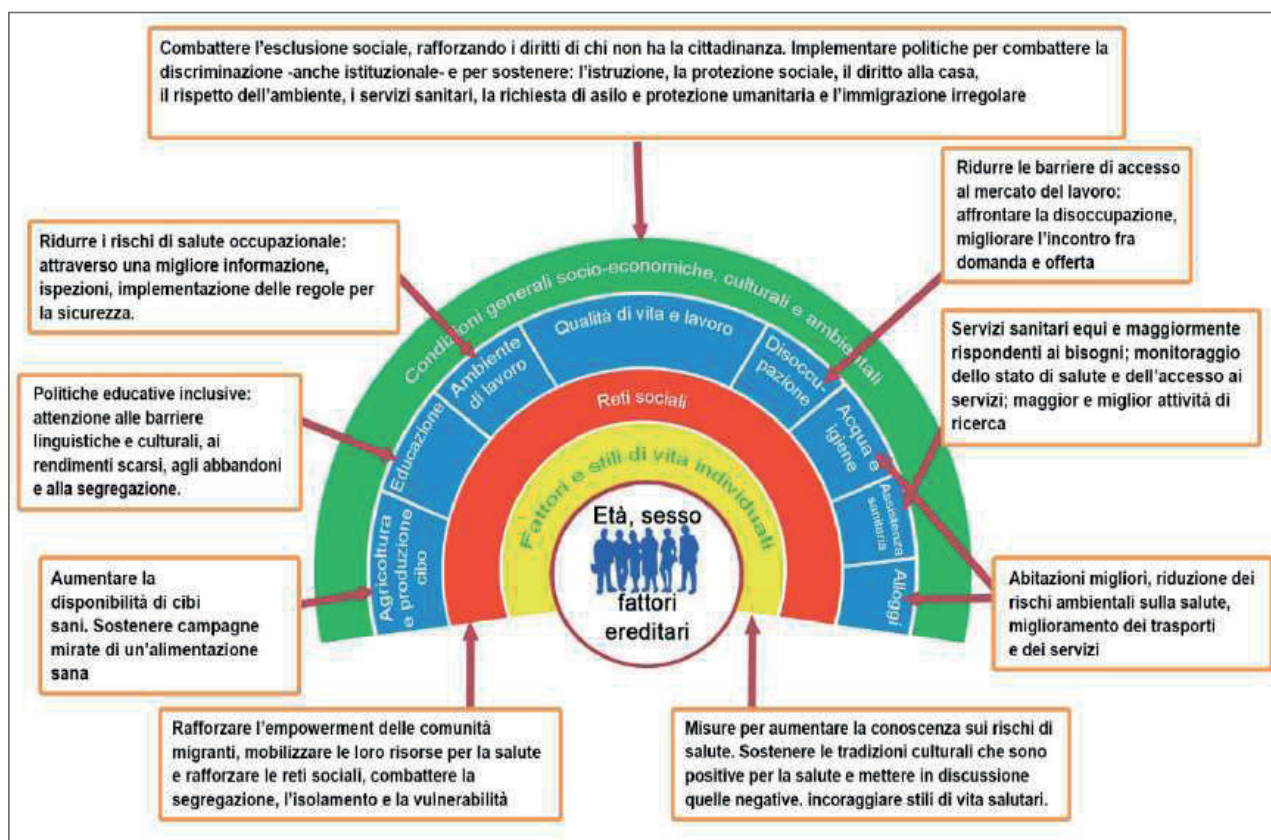


Figura 1- Le misure politiche per affrontare i determinanti socioeconomici di salute per migranti

forcelle e, in tal modo non cadere a terra sotto il peso dei grappoli (4).

Pur non interessandoci qui di questioni linguistiche, 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', che è causa efficiente del proprio sviluppo.

La visione richiamata dalla metafora della vite 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 promozione di salute e di contrasto alle disuguaglianze.

Difatti uno degli elementi che fa la differenza in questo ragionamento è il rapporto dei soggetti coinvolti nel processo formativo, che significa ripensare l'impostazione della formazione a partire dalla consapevolezza che solo attraverso metodologie partecipative, volte a promuovere l'autoriflessività degli attori coinvolti, si possa essere artefici di un cambiamento che possa incidere su dinamiche più ampie e articolate come i processi di produzione delle disuguaglianze. L'errore più ricorrente in ambito formativo è quello di travisare il significato stesso dell'educazione/formazione, per utilizzare le parole di Freire, è la "contraddizione educatore-educando";

si polarizzano le posizioni, si eleva una parte declassando l'altra, assegnando all'una il protagonismo assoluto e l'assoluta responsabilità delle decisioni, dei contenuti e delle azioni, mentre l'altra ha come unica possibilità quella di adottare una ricezione passiva. A questo si associa ciò che Freire chiama l'educazione "depositaria" che "fa 'comunicati' e depositi", nega qualsiasi protagonismo negli educandi e "li trasforma in vasi, in 'recipienti' che l'educatore deve 'riempire'". Caratteristica fondante di questo sistema educazione, il cui compito è 'riempire', è l'asimmetria anti-dialogica, che dicotomizza la realtà con un'iniqua distribuzione delle parti "l'educatore [...] è il soggetto del processo; gli educandi puri oggetti" (5).

La formazione diviene una narrazione di contenuti, che per ciò stesso tendono a fossilizzarsi, sia che si tratti di valori sia che si tratti di dimensioni empiriche della realtà, "Esiste una specie di malattia dell'esporsi, del narrare. L'accento dell'educazione cade fundamentalmente sul narrare, sempre narrare" (5). Si parla della realtà come qualcosa di fermo, statico, suddiviso.

Di contro, l'educazione che rispetta la soggettività dialogica e creativa dei soggetti è quella che non li considera meri "vuoti" da riempire, bensì "corpi coscienti", portatori di una "coscienza in rapporto intenzionale col mondo". In questa prospettiva la formazione assume un significato "problematizzante", supera la dogmatica e predefinita dicotomia educatore/educandi e assume le caratteristiche della dialogicità, reimpostando creativamente e in modo sempre nuovo sia la relazione interpersonale-sociale sia il rapporto con il mondo e con i contenuti. Una formazione problematizzante implica un nuovo rapporto con i "contenuti" dell'educazione, che non devono essere considerati come statica "proprietà" dei detentori del sapere, "ritagli della realtà" da trasferire ma sono i "mediatori" di una relazione dinamica e vitale.

L'ambito dell'educazione degli adulti diviene così un ambito cruciale, dove processi transizionali e trasformativi possono incidere in maniera profonda. Il rinnovamento della formazione - sul piano dei ruoli, dei contenuti ma non solo - va di pari passo con il superamento del dualismo insegnamento - apprendimento: il primo centrato sulla trasmissione verticistica dei contenuti da chi li detiene a chi li deve apprendere; il secondo, invece, fondato sulla centralità del soggetto e della sua capacità di apprendere dall'esperienza seguendo selettivamente le sue inclinazioni e i suoi interessi. La logica dell'insegnare propone metodi classici che sono caratterizzati soprattutto sulla centralità dell'aula, che contribuisce a rinforzare modalità trasmissive delle conoscenze fondate sulla gerarchia, sulla riduzione dei discenti a contenitori, sulla trasmissibilità meccanicistica del sapere. Viceversa, il cambio di paradigma favorisce la logica dell'apprendere che si basa sulla capacità, di chi è chiamato ad apprendere, di elaborare l'esperienza che diventa principale fonte di conoscenza, ma apre anche a nuove prospettive metodologiche "oltre l'aula". In questa macrocornice, gli approcci che si stanno consolidando sono molteplici e diversificati ma sono tutti riconducibili alla promozione dell'apprendere mediante lo stimolo alla partecipazione, il coinvolgimento degli attori, il riconoscimento della loro soggettività, della rilevanza dell'azione e della "riflessività in azione". Per questo tali metodi sono cumulativamente definibili come approcci orientati allo sviluppo di pratiche riflessive.

Il presupposto alla base di tale visione è la persistenza di una potenzialità trasformativa, oscillante tra educabilità e progettualità continue, che si concretizza in un processo estensivo di apprendimento permanente. Ne deriva la necessità di una formazione che, caratterizzata da livelli differenziati di formalizzazione e d'intenzionalità, coinvolga tutti i professionisti della salute, formati a mobilitare la conoscenza e a impegnarsi in un ragionamento critico nel rispetto di una condotta etica, in modo da essere al contempo competenti e partecipativi all'interno dei sistemi sanitari.

Spesso la pedagogia, per assumere la portata radicale della sua funzione sociale, ha bisogno di sguardi che vengano da altri mondi.

Strategie formative

Da quanto esposto fin ora, si comprende quanto sia necessario un nuovo sguardo verso la formazione – intesa come educazione di professionisti della salute competenti.

Si tratta di un processo che ha come principale punto di riferimento una grande varietà di pratiche che maturano in una prospettiva di radicale superamento degli schemi ancorati alla tradizione codificata dell'azione formativa. Questa proiezione verso le dinamiche della vita organizzativa assume un tratto del tutto nuovo, caratterizzato dall'affermarsi della consapevolezza di due “fattori” cruciali: da un lato, il riconoscimento della centralità della conoscenza e, soprattutto, che la conoscenza utile è quella che ha origine nelle pratiche degli attori impegnati nelle loro attività; dall'altro, il prevalere di una visione secondo cui assumono rilevanza le dimensioni soggettive, intersoggettive e contestuali dell'apprendere. L'apprendimento trova il suo fondamento sia nella pratica sia nelle relazioni degli e tra gli attori.

Tuttavia, la formazione attuale, continuando a proporre mappe di saperi statiche che non riescono a interagire con altre proposte di esperienze formative, finisce con il “produrre” professionisti appesantiti di nozioni, incapaci di connettere tra loro i differenti significati locali con un contesto globale più ampio e di concepire una visione integrata delle proprie esperienze professionali.

I limiti di una simile visione sono ancora più evidenti nel momento in cui il sistema salute incontra persone provenienti da contesti socio-culturali differenti e si evidenzia con maggiore forza l'esigenza di una formazione che possa essere realmente un punto di riferimento nella transizione verso un sistema salute culturalmente competente. Non si tratta di rincorrere un sapere precostituito, con la pretesa di conoscere e riconoscere gli elementi propri di ciascuna nazionalità e cultura ma è saper disseminare gli strumenti necessari a esporsi e predisporre, in prima persona, alla comunicazione e alla contaminazione reciproca.

Difatti, a partire dalla consapevolezza che l'identità di ciascuno non è un dato precostituito, acquisito o un contenuto statico da trasmettere o da difendere ma il risultato di una co-costruzione attiva e dipendente dalle interazioni con altri, ne consegue che strutturare i processi formativi basandoli su elementi nozionistici inerenti quello che si ritiene che siano le

“culture altre”, oltre che rendere queste – erroneamente – monolitiche, rischia di consolidare stereotipi e pregiudizi preesistenti. Impostare meccanicamente relazioni isomorfe tra etnia, lingua e cultura non permette di vivere “equilibratamente” nelle differenze. Ciò che chiamiamo “cultura” risente usualmente di una sovrabbondanza di significati, come se le differenze che contraddistinguono tutti noi si cristallizzassero in recinti chiusi “invalidabili” e si ponessero come un elemento biologico, predeterminato. Difatti, se adottassimo l’idea secondo cui la cultura è un bagaglio che semplicemente abbiamo, in quanto membri di un gruppo, i soggetti culturali sarebbero meccanicamente determinati dalla loro appartenenza (6).

La formazione degli operatori è – in questa prospettiva - sicuramente un contesto privilegiato per mettere in discussione le potenziali derive culturaliste e lasciare dipanare i processi utili a sostenere la capacità di decentramento cognitivo dei professionisti fondamentali per costruire una buona competenza culturale.

Koehn e Swick sostengono l’importanza e l’applicazione concreta della “competenza transnazionale” (*transnational competence*) nella formazione degli operatori della salute (7). In quest’epoca caratterizzata dall’accelerazione e dall’imprevedibilità delle relazioni e dei saperi, la creazione continua di nuove e impensabili connessioni interdisciplinari disarticola le tradizionali suddivisioni delle discipline tradizionali. In questo contesto di mutamenti, i sistemi formativi devono presupporre una riforma epistemologica volta alla comprensione dei contenuti in dimensione planetaria e del tutto svincolati da categorie, retaggio di una tradizione arcaica e superata nei fatti; alla costruzione di nuove forme d’interconnessione tra saperi diversi, chiave di volta della creatività culturale e scientifica. Il concetto di creatività nei processi formativi è sostenuto anche da Freire, secondo il quale, non può esserci una formazione autentica senza autentica creatività: una creatività che si manifesta nelle relazioni feconde che si stabiliscono, nella critica ricostruzione dei saperi, nell’ascolto delle novità continue della vita reale, nell’attitudine a “svelare il reale”, nell’intuizione e nell’attitudine didattica-formativa a rinunciare a schemi stereotipati e ripetitivi (8).

Ed è la stessa idea di creatività che si può ritrovare nell’epistemologia della pratica professionale riassunta nella figura del “professionista riflessivo” proposta da Schön (9). Si tratta di un’impostazione che cerca di definire come i professionisti, compresi quelli socio-sanitari, affrontano le situazioni caratterizzate dalla necessità di agire, dall’incertezza e, spesso, anche da conflitti di valore. Schön la definisce “la riflessione nel corso dell’azione”, in altre parole la componente creativa nei professionisti. Le conoscenze tacite accumulate nel tempo sono insufficienti a fronteggiare situazioni nuove così si sente la necessità di attingere ad altre risorse, riflettere sulle criticità, mettere a confronto le proprie conoscenze pratiche con le nuove circostanze, per approntare una risposta soddisfacente. È in queste situazioni che emergono quelle “competenze” e “attitudini” personali e professionali che non possono essere spiegate solo sulla base di un repertorio tecnico-scientifico e che non sono governate da regole prefissate. Se l’operatore socio-sanitario, quindi, è chiamato a essere un professionista esperto in grado

di riflettere sulle proprie pratiche per individuare nuove e appropriate strategie volte alla risoluzione delle criticità, occorre che la formazione sia in grado di far emergere *expertise*, attitudini, “creatività”, espressione del connubio tra teoria e pratica.

In questa prospettiva la formazione è chiamata, quindi, a sviluppare e valorizzare tali competenze trasformandole in un *habitus* professionale, funzionale alla necessità di fronteggiare la dinamicità delle conoscenze, dei saperi e dei contesti. In questa azione trasformativa non si può escludere l’esperienza dei professionisti che, però, non è sufficiente se non passa attraverso un processo di rielaborazione e riflessione, poiché se si vuole che la conoscenza della pratica si trasformi in pensiero e professionalità consapevole è indispensabile che si arrivi a un’esplicitazione del significato dell’esperienza, alla sua reinterpretazione per trasformarla in apprendimento intenzionale (10).

Ne consegue che la formazione non può essere sterile e a-storica ma deve porsi criticamente in un rapporto di dialogo costruttivo con la realtà. Quindi non può non essere anche “educazione politica”, impegno attivo a “partecipare”, ad essere attore protagonista di cambiamento del e nel mondo, riprendendo le parole di Freire, gli individui sono chiamati, attraverso una formazione concreta a superare la “schizofrenia storica”, che li vuole distanti dal mondo e ad essere veramente “bagnati di realtà” (5). In quest’ottica, la stessa esperienza di apprendimento è soggetta a un mutamento radicale giacché, da mera acquisizione di contenuti precostituiti in ambiti disciplinari distinti secondo criteri statici, diviene essa stessa azione d’interconnessione disciplinare e creazione di nuovi percorsi cognitivi.

In quest’ottica di “comunicazione e contaminazione reciproca” s’iscrive la cosiddetta “competenza culturale”² in ambito socio-sanitario. Nei primi anni duemila, in ambito statunitense due Report pubblicati dall’Institute of Medicine (11-12), hanno evidenziato l’importanza di una formazione *patient centered* e della *cultural competence* come strumenti per migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria per tutti ed eliminarne le disparità.

La competenza culturale è da intendersi come un insieme di conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permette al professionista della salute di fornire un’assistenza coerente con le diverse necessità del paziente (13), evitando standardizzazioni (14). In assenza di un’adeguata *cultural competence*, si rischia di basare l’assistenza su una valutazione superficiale, stereotipata ed etnocentrica (15) o di pensare, erroneamente, che tutti i soggetti appartenenti a un dato gruppo culturale abbiano le medesime esigenze (16). La *cultural competence* è quindi, soprattutto, un’attitudine positiva del soggetto a vivere le differenze, dove il punto di partenza

2. Sebbene esista più di una definizione del concetto di competenza culturale, vi è una generale convergenza su quella fornita da Cross nel 1989: “La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un’agenzia o fra professionisti e che mette in grado quel sistema, quell’agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale. La parola cultura è usata perché comporta il modello integrato di comportamenti umani che comprende il modo di pensare, di comunicare, di agire, le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale. La parola competenza è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace” (17).

diviene il riconoscimento della pari dignità dei diversi portati culturali e la messa in discussione della propria cultura come chiave universale con la quale si interpreta la realtà e si organizzano le professioni. Un'organizzazione socio-sanitaria culturalmente competente, ha la capacità di rispondere in modo adeguato e sensibile ai bisogni e al *background* socio-culturale dei pazienti stranieri e delle minoranze etniche.

In alcuni casi si sostiene che la conoscenza delle caratteristiche e degli elementi distintivi delle diverse culture possa essere considerata un modo adeguato di fornire un'assistenza sanitaria individualizzata. Di fatto, negli ultimi anni, molti degli sforzi volti a migliorare la relazione tra il sistema salute e le persone straniere, hanno portato allo sviluppo di programmi formativi finalizzati a dotare i professionisti della salute di maggiori conoscenze sulle caratteristiche delle diverse culture, con l'idea preconcepita che tale preparazione potesse garantire automaticamente equità di accesso e qualità dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, questo genere di conoscenze – come abbiamo visto – nasconde il rischio di rafforzare gli stereotipi proprio perché propongono una sorta di “ricette culturali” per risolvere ogni situazione. Al contrario, le esperienze di cura sono caratterizzate da interazioni che intercorrono tra la cultura del servizio sanitario, la cultura degli operatori e la cultura del paziente. Inoltre, tali interazioni avvengono in un ambiente temporale specifico che in parte contamina e trasforma tali esperienze. Essere competente da un punto di vista inter-culturale non significa ricorrere a “ricette”, piuttosto è l'individuo che deve essere al centro, con la sua storia individuale e la sua sfera di vita personale. La diversità tra le persone è tale che basare lo sviluppo delle competenze degli operatori socio-sanitari su presupposte conoscenze delle culture non consente di comprendere appieno la diversità individuale, né tanto meno di tenere conto dell'ambiente sociale. È necessario iniziare a guardare oltre la cultura e analizzare le sue intersezioni con il genere, la classe sociale, l'appartenenza etnica, l'età e le altre distinzioni sociali, sviluppando un atteggiamento che si contraddistingua per apertura, curiosità, condivisione e rispetto (*curiosity, empathy, and respect*) nei confronti dei vissuti dei migranti (18). Per rendere possibile l'attivazione del cambiamento, occorre investire sulla competenza culturale degli operatori, per i diversi aspetti positivi che comporta, in particolare, la consapevolezza nei confronti di persone portatrici di culture diverse e di bisogni specifici di salute; l'occasione di ripensare all'aspetto relazionale della professione sanitaria e mettere in campo interventi di orientamento, informazione e accompagnamento nei confronti del paziente migrante.

Sviluppare le competenze culturali, secondo la declinazione proposta da Cross, intesa come “un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio di un sistema o un'agenzia o fra i professionisti e che mette in grado quel sistema, quell'agenzia, o quei professionisti di lavorare efficacemente in contesti interculturali” richiede un apprendimento complesso e un'attenzione forte all'accompagnamento del cambiamento dei comportamenti dei professionisti (17).

Apprendimenti e riflessività

Il punto di vista educativo sulla relazione di cura deve concentrare la propria attenzione sulla tensione dialogica dominata dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra.

Si tratta, dunque, di costruire modelli di formazione medica e sanitaria nei quali è fondamentale la capacità del professionista di decentrarsi dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però, annullarsi nella prospettiva del paziente. È quello che da M. Bachtin chiama "exotopia" (19). Nell'empatia, infatti, si isolano e si decontestualizzano alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi conservando immutate le proprie cornici di pensiero e rafforzando il proprio punto di vista. Simula, in qualche modo, di "mettersi nelle scarpe dell'altro", ma in realtà, all'ultimo momento, "mette l'altro nelle proprie scarpe" (20). Nell'*exotopia*, invece, la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell'altro, ci si accorge che non vanno bene. Per accorgersi di questo bisogna «esporsi», mettersi in discussione. Bisogna, cioè, attivare un atteggiamento riflessivo rispetto alla propria epistemologia professionale ed al proprio sapere implicito che determina fortemente le pratiche di cura.

In particolare, si richiama l'attenzione su costrutti, quali "pratica", "comunità di pratica", "apprendimento trasformativo", "riflessività", per delineare alcuni aspetti emergenti del dibattito sulla formazione dei professionisti della salute e per fornire agli stessi nuove prospettive per re-interpretare e "trasformare" le proprie pratiche professionali.

Nei contesti di pratica i professionisti agiscono e operano integrando conoscenze di senso comune, definibili come tacite e implicite e conoscenze accademiche e scientifiche, formalizzate e sistematizzate sul piano teorico ma comunque rielaborate in situazione e riorganizzate in funzione operativa. Si conferiscono così dignità e valenza formativa a forme di conoscenza non sistematizzate ma derivate dai contesti di pratica. Stando così le cose, l'epistemologia della formazione professionale, che attribuisce valenza formativa unicamente alle forme di conoscenza organizzate e sistematizzate, trasferibili nei contesti di pratica attraverso procedure applicative sostanzialmente tecniche, perde di significato e lascia il posto a un nuovo modello di epistemologia riflessiva che guarda allo sviluppo e all'esercizio di razionalità critiche. In altre parole, rendere doppiamente consapevoli i professionisti della salute sia del valore delle conoscenze scaturite dai contesti di pratica sia della valenza formativa della circolarità azione-riflessione-conoscenza. I contesti di pratica hanno, così, una doppia valenza: da una parte possono essere intesi come luoghi in grado di produrre saperi professionali e sistemi di significato attraverso i dispositivi riflessivi che ogni professionista attiva, dall'altra sono luoghi di attività culturalmente situate. In questo senso, i contesti di pratica sono sia spazi di costruzione e produzione di significati e saperi frutto di negoziazioni tra diversi soggetti sia sistemi che possono facilitare o ostacolare la produzione di conoscenze e saperi.

In questo senso la formazione può diventare un dispositivo riflessivo e trasformativo funzionale

alla problematizzazione di situazioni di pratica e al loro ripensamento in chiave critica, attivando così processi di riflessione nel corso del proprio operare e sul proprio operare. In questa nuova epistemologia la capacità dei professionisti di esercitare una “riflessione in azione”, permette di generare forme di apprendimento e di conoscenze profondamente trasformative (21).

Se, da un lato, le “competenze culturali” vanno assunte come motore d’innovazione dei processi d’insegnamento/apprendimento prima che come criteri di misurazione e certificazione dei risultati; dall’altro, l’approccio per competenze può cambiare il modo di rappresentare, verificare e certificare gli apprendimenti dei professionisti, solo se prima modifica il modo di progettare i percorsi formativi. Criteri e strumenti di certificazione delle competenze, che non siano preceduti dall’assunzione di metodologie d’insegnamento coerenti, risultano inappropriati e controproducenti. Un approccio per competenze, per essere coerentemente praticabile, deve coinvolgere tutti i livelli dell’iter progettuale della formazione: dal piano formativo all’attività del singolo docente, alla pratica didattica, alla valutazione e certificazione finali. Le competenze culturali, come altre competenze, non sono raggiungibili con procedure “automatiche”, sono il frutto di un lavoro d’insegnamento/apprendimento lungo e complesso che spesso coinvolge più ambiti disciplinari; sono parte perciò del tempo della formazione che è riflessione, approfondimento, esercizio, ritorno.

In quest’ambito, difatti, non si tratta di aggiungere nuovi elementi tecnici, quanto di stimolare quello che viene chiamato ‘apprendimento complesso’ (o deuteroapprendimento) che comporta la modifica dei precedenti campi cognitivi dei soggetti (22-23). Questo cambiamento non avviene attraverso procedure automatiche o meccaniche ma richiede attenzioni che sottendano e sostengano la dimensione processuale dell’apprendimento volto all’acquisizione di capacità riflessive e consapevolezze critiche.

Da diversi anni il termine riflessività ha assunto un ruolo centrale nel dibattito sulle scienze umane lasciando però aperto il problema di definire tale costrutto base tenendo conto delle diverse professionalità. La riflessività è legata, da questo punto di vista, alla capacità di modificare l’azione, dunque, alla capacità di apprendere e di generare, attraverso questo processo, il cambiamento. Nell’ambito della formazione il tema della riflessività ha dato origine a un variegato universo di pratiche: *action learning*, narrazione autobiografica, formazione alle metacompetenze, *experiential training*, apprendimento collaborativo e organizzativo (comunità di pratica e di apprendimento), *coaching*. Tuttavia, in primo piano c’è il valore attribuito all’esperienza la quale rappresenta il luogo privilegiato da cui partire per costruire nuovi saperi e nuovi scenari di cambiamento per il singolo professionista e per il contesto in cui egli opera. Dare valore alla riflessione sull’esperienza, significa superare la tradizionale separazione tra teoria e pratica che vede l’esperienza unicamente come il luogo in cui si applicano saperi e schemi d’azione appresi in altro luogo. Significa favorire la partecipazione in prima persona al processo d’indagine, di discussione e di formulazione di risposte che l’agire solleva. Attraverso il riflettere è possibile, di fatto, realizzare il passaggio dal *know how* al *know that*, da un sapere

incorporato e tacito a un sapere dichiarativo. Operazione quanto mai necessaria giacché osservare, analizzare, valutare e trasformare in modo intenzionale una pratica significa arrivare a 'fare con la consapevolezza di cosa si fa e del perché lo si fa'. Lo sguardo riflessivo, infatti, non è rivolto solo all'indietro, al passato, ma è uno sguardo trasformativo che guarda in avanti, al futuro, per dare avvio a nuovi comportamenti, nuovi saperi, nuove pratiche professionali.

In quest'ambito, la riflessione è pertanto funzionale a ricostruire e riattualizzare i processi di apprendimento e di costruzione delle conoscenze che sottendono l'agire dei professionisti socio-sanitari; a identificare e promuovere gli elementi di crescita e trasformazione che attraverso tali processi si definiscono. L'introduzione di un dispositivo riflessivo all'interno delle pratiche formative può produrre circuiti riflessivi situati, generativi di nuovi saperi che possono dar luogo a una rielaborazione e trasformazione delle pratiche stesse. Tuttavia, nei contesti di pratica i circuiti riflessivi si attivano solo se i professionisti diventano consapevoli dei problemi che incontrano, se sono in grado di posizionarsi rispetto ad essi e li analizzano in un'ottica interpretativa e risolutiva. I processi di apprendimento si attivano dal confronto con situazioni problematiche e chiamano in causa conoscenze e saperi pregressi che devono, però, essere ripensati e contestualizzati in relazione alla situazione in atto. Come rilevato da Schön, la riflessione in azione ("reflection-in-action") ha una funzione critica, sottopone a riesame le conoscenze, le strategie d'azione e di comprensione dei fenomeni (9). Attraverso questo processo si producono nuove conoscenze e apprendimenti che vengono poi socializzati, confrontati e in qualche modo validati sul campo.

I contesti di presa in carico/relazione con le persone migranti – per esempio - sono spesso luoghi d'incertezza e dubbio, ciò comporta il ripensamento e la trasformazione delle prassi procedurali e operative apprese e praticate come risposta a situazioni nuove e impreviste. I professionisti della salute devono essere "educati/formati" a (ri)-pensarsi, a riconoscersi e a proporsi proprio come "agenti riflessivi" capaci, da un lato, di applicare le conoscenze già formalizzate al di fuori dei contesti di pratica; dall'altro di realizzare e utilizzare, ricorrendo a processi riflessivi in corso di azione, nuove forme di conoscenze e di saperi che derivano dalle "zone indeterminate" della pratica (9).

Attraverso la riflessività si possono definire nuove traiettorie di attribuzione dei significati alle situazioni lavorative all'interno delle quali si agiscono "le pratiche" intese come "unità di attività" socialmente e istituzionalmente organizzate all'interno delle comunità di pratica. L'apprendimento e le conoscenze si configurano così come processi cui è possibile partecipare attivamente; in questo senso le comunità di pratica sono spazi di co-costruzione delle conoscenze all'interno dei quali i diversi professionisti assumono una posizione consapevole e interagente. E, soprattutto, sono processi, cioè viene riconosciuto il valore del tempo come elemento fondamentale in cui poter sciogliere i nodi presentati dalla pratica interculturale quotidiana. Il tema della riflessività nella formazione e nell'apprendimento in riferimento alle 'comunità di pratica', quali luoghi privilegiati di apprendimento attraverso l'esperienza, la cooperazione e lo

scambio, evidenzia come la formazione avviene sempre in termini di sostegno, di facilitazione, di esercizio dell'apprendimento all'interno di una comunità.

Il divario tra ciò che a priori si definisce e si convalida attraverso pratiche scientifiche e ciò che i diversi professionisti mettono in pratica, rimanda a un rapporto che va indagato riconoscendo pari dignità a due universi, quello dei significati scientificamente validati e quello della pratica in cui conoscenze e competenze sono definibili in termini di sapere pratico, situato e contestualmente validato (21). In altre parole, riprendendo il cambio di paradigma suggerito da Gherardi, le pratiche lavorative dovrebbero essere concepite sia come pratiche situate sia come «[...] modalità di azione e conoscenza emergenti *in situ* dalla dinamica delle interazioni» (24). In questo modo diventano rilevanti le cosiddette conoscenze tacite di chi lavora, vale a dire sia le conoscenze incorporate nelle pratiche sia la conoscenza prodotta mentre si lavora.

La riflessione nel corso dell'azione rimanda al patrimonio esperienziale dei soggetti che consente ai professionisti di riconoscere e gestire i caratteri di complessità, indeterminatezza e conflitto - se presente - che caratterizzano la relazione tra il sistema salute e la popolazione migrante. La pratica riflessiva rende possibile l'apprendimento in virtù della sequenza che dal vivere un'esperienza conduce alla sua integrazione, attraverso riflessione e confronto, con il sapere personale. In questo senso, la riflessività è la capacità del pensiero di retroagire continuamente sull'azione realizzando un circolo virtuoso tra *azione-sapere-azione*. La formazione ha il compito di intercettare questi processi e configurarsi come una nuova traiettoria di partecipazione a pratiche riflessive e trasformatrice. La riflessività e la flessibilità d'azione e di pensiero, secondo Quaglino, sono, infatti, qualità necessarie affinché l'adulto possa 'riconoscersi' nei suoi cambiamenti professionali ed esistenziali, valutando e rivalutando molteplici punti di vista e provando e riprovando differenti corsi d'azione (25). Tutto ciò implica la necessità di ripensare i contenuti e le forme dei percorsi di formazione, ritrovando la via maestra per iniziare a colmare il divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, fornendo a tutti i professionisti della salute le competenze e gli strumenti per essere attori strategici nel contrasto alle disuguaglianze di salute che coinvolgono le popolazioni migranti.

Nella cornice dei cambiamenti e delle tendenze in atto, la formazione si deve, quindi, porre l'obiettivo di promuovere nuovi strumenti e modelli formativi capaci di considerare l'individuo come protagonista del proprio apprendimento nel corso di tutta la sua vita. Inoltre, promuovendo l'apprendimento attraverso lo stimolo alla partecipazione, il coinvolgimento degli attori implicati, il riconoscimento della loro soggettività, della rilevanza dell'azione e, soprattutto, della riflessività in azione può davvero essere l'elemento catalizzatore del processo di acquisizione e disseminazione della competenza culturale all'interno del sistema salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Nazroo J. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health & Illness* 1998; 20 (5): 710-730.
2. Stefanini A. Disuguaglianze sociali nella salute: da dove vengono e ruolo di un sistema sanitario. *Salute e Società* 2006; : 233-42.
3. Paugam S. a cura di *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: La Decouvert ; 1996.
4. Cortese A. Appunti sulla formazione dei formatori. L'esperienza e i pensieri di un educatore degli adulti, Roma: Edizioni Lavoro; 2007.
5. Freire P. *La pedagogia degli oppressi*. Torino: EGA; 2002.
6. Quaranta I, Ricca M, Malati fuori luogo. *Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Ed; 2012.
7. Koehn P, Swick HM, Medical education for a changing world: moving beyond cultural competence into transnational competence. *Acad Med*. 2006; 81: 548-56.
8. Freire P, Gadotti M, Guimarães S. *Pedagogia: dialogo e conflitto*. Torino: SEI; 1995.
9. Schön DA. *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: Franco Angeli; 2006.
10. Mezirow J. *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2003.
11. Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
12. Institute of Medicine, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
13. Purnell L, Davidhizar RE, et al. A guide to developing a culturally competent organization. *J Transcult Nurs* 2011; 22(1): 1-7.
14. Wood M. Cultural safety and the socioethical nurse. *Nurs Ethics* 2010; 17(6): 715-725.
15. Papadopoulos I. *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Beijing: Elsevier Limited; 2006, pp. 7-24.
16. Misra-Hebert AD, Isaacson JH. Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. *Clev Clin J Med* 2012; 79(2): 127-133.
17. Cross T, Bazron B, Dennis, Isaacs M. *Towards a Culturally Competent System of Care, Volume I*, Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989.
18. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med*. 2006 Jun; 81(6): 499-501.
19. Bachtin M. *L'autore e l'eroe*. Torino: Einaudi; 1988
20. Scavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Bruno Mondadori; 2003.
21. Fabbri L. *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo. Per una formazione situata*. Roma: Carocci Editore; 2007.
22. Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi; 1977.
23. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Change*. Roma; Astrolabio; 1974.
24. Gherardi S. *Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning*. Oxford: Blackwell; 2005.
25. Quaglino GP. *Scritti di formazione 3, 1991-2002*. Milano: Franco Angeli; 2006.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno