

Epistemologie

collana diretta da Patrizia de Mennato

Comitato scientifico della collana

GRAZIA CONTINI
Università di Bologna

ENRICO CORBI
Università di Napoli Suor Orsola Benincasa

PATRIZIA DE MENNATO
Università di Firenze

MAURA STRIANO
Università di Napoli, Federico II

MICHAEL F. CONNELLY
Università di Toronto, Canada

JEAN D. CLANDININ
Università Alberta, Canada

ROLANDO PINTO CONTRERAS
Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile

I volumi di questa collana sono sottoposti a un sistema di *double blind referee*

Vincenzo Alastra

[a cura di]

Crossover

Apprendere intrecciando esperienze

Gli autori dei contributi:

Oscar Bertetto, Barbara Bruschi, Fabiola Camandona, Mario Clerico

Alice Marazzato, Francesca Menegon, Marinella Mistrangelo

La redazione di questo testo è parte integrante del progetto: “Crossover 2018-2019”; progetto condotto dalla Strutture Semplice Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI, per conto del Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta. La stampa di questo libro è stata possibile grazie al finanziamento previsto nel citato progetto.

ISBN volume 978-88-6760-709-9
ISSN collana 2421-0447



2020 © Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
73100 Lecce • Via Arturo Maria Caprioli, 8 • Tel. 0832.230435
25038 Rovato (BS) • Via Cesare Cantù, 25 • Tel. 030.5310994
www.pensamultimedia.it • info@pensamultimedia.it

Indice

Annotazioni introduttive di <i>Vincenzo Alastra</i>	9
1. Significato di Crossover e cultura organizzativa della Rete Oncologica	13
<i>Oscar Bertetto e Mario Clerico</i>	
1.1 Le origini della Rete Oncologica	13
1.2 Le radici di Crossover	16
2. Il progetto Crossover	19
<i>Vincenzo Alastra e Francesca Menegon</i>	
2.1 Cos'è il progetto Crossover e come funziona	19
2.2 L'attività svolta nell'ambito dell'edizione 2018-2019 di Crossover	23
2.2.1 Incontri formativi di preparazione	23
2.2.2 I crossover	25
2.2.3 Le azioni di ricerca-intervento	27
3. L'architettura della ricerca: le domande di ricerca, la metodologia e gli strumenti	29
<i>Vincenzo Alastra e Alice Marazzato</i>	
3.1 La messa a fuoco di una ricerca esplorativa	29
3.2 L'analisi della letteratura	30
3.3 Gli obiettivi dell'indagine e la formulazione delle domande di ricerca	31
3.4 Il disegno di ricerca	34
3.4.1 Il primo questionario	35
3.4.2 La prima intervista telefonica	36
3.4.3 Il secondo questionario	37
3.4.4 L'intervista telefonica dopo un mese	38

3.5	La partecipazione alla ricerca: i dati quantitativi	38
	Allegato 1. <i>Testo di presentazione/istruzioni della ricerca inoltrato via e-mail</i>	40
	Allegato 2. <i>Primo questionario – versione per tutee</i>	41
	Allegato 3. <i>Primo questionario – versione per tutor</i>	42
	Allegato 4. <i>Canovaccio prima intervista telefonica</i>	43
	Allegato 5. <i>Secondo questionario – versione per tutee</i>	44
	Allegato 6. <i>Secondo questionario – versione per tutor</i>	45
	Allegato 7. <i>Canovaccio intervista dopo un mese</i>	46
4.	Risultanze emerse dall'analisi del primo questionario	49
	<i>Fabiola Camandona</i>	
4.1	Tutor e tutee: analisi quantitativa del primo questionario	51
4.2	Analisi quantitativa e qualitativa della prima domanda: cosa penso di dare al tutee / tutor e in che modo?	53
4.3	Analisi quantitativa della seconda domanda: cosa penso di ricevere dal tutee/tutor e in che modo?	57
4.4	Analisi quantitativa della terza domanda: su quali aspetti della mia esperienza rifletterò?	60
4.5	Analisi quantitativa della quarta domanda: su quali aspetti dell'esperienza rifletterò?	62
5.	Risultanze emerse dall'analisi del secondo questionario	67
	<i>Barbara Bruschi</i>	
5.1	La seconda domanda: cosa penso di aver ricevuto dal tutee / tutor con cui ho lavorato?	70
5.2	La terza e la quarta domanda: quali le sollecitazioni e i contributi?	72
6.	Risultanze emerse dall'analisi qualitativa delle interviste	77
	<i>Vincenzo Alastra, Alice Marazzato e Francesca Menegon</i>	
6.1	Come vengono percepiti e attuati i ruoli di tutor e tutee	78
6.2	Quale valore e significato ha avuto questa esperienza per i partecipanti? Ne hanno fatto oggetto di riflessione, e con quali risultati/effetti?	81
6.3	Ricadute di tipo organizzativo nelle realtà coinvolte e di tipo relazionale tra le persone che hanno partecipato al progetto Crossover	87
6.3.1	Le aspettative e la percezione della propria realtà in rapporto con quella dell'altro	88

6.3.2	Gli spunti pratici / organizzativi significativi e giudicati esportabili presso la propria realtà	94
6.3.3	La creazione/potenziamento di relazioni personali e il rafforzamento della rete relazionale	101
7.	Crossover: appunti per il futuro	107
	<i>Vincenzo Alastra, Alice Marazzato e Francesca Menegon</i>	
7.1	Ripensare il percorso formativo preparatorio	108
7.2	Carenza di soste riflessive e necessità di nuovi strumenti e di una prospettiva di ricerca-intervento	113
7.3	Proposte di miglioramento legate alla struttura del progetto e all'organizzazione degli scambi	115
7.4	Verso un altro assetto complessivo del progetto	118
	Appendice	123
–	La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta <i>Oscar Bertetto e Marinella Mistrangelo</i>	125
–	Il Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI <i>Vincenzo Alastra</i>	134
•	Il Progetto “Il modello di cura della Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta: i momenti delle verità e delle decisioni nella pratica di cura e nell'esperienza di malattia”	135
•	Il progetto: gli obiettivi generali perseguiti e gli output realizzati	135
•	Cornice teorica e attori coinvolti	135
	Il Laboratorio NEAR : un contesto per ripensare la pratica e progettare nuovi scenari per l'azione	136
	Il team di Progetto	137
•	Il libro: “Le verità e le decisioni”	137
•	Il web-documentario e le pratiche innovative di video narrazione	137
•	Pensieri circolari: la Medicina Narrativa fondata sulle Medical Humanities	138
	Progetto: “Voci e immagini della cura”	139
	Progetto di ricerca in tema di Digital storytelling	140

- Master Executive: “Metodologie e pratiche narrative nei contesti di cura” 141
- Connessioni con Università e Centri di Ricerca 142
- Riferimenti bibliografici e sitografici riguardanti alcune attività condotte negli ultimi anni dalla Struttura Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI 142

Glossario di alcuni acronimi e termini tecnici 145

I profili del curatore e degli altri autori dei saggi e dei contributi 149

ANNOTAZIONI INTRODUTTIVE

Vincenzo Alastra

Il progetto Crossover prende le mosse nel 2006 all'interno del Polo Oncologico di Biella, per venire incontro al desiderio e all'interesse degli operatori della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta di condividere pratiche, modalità operative e i relativi strumenti messi in campo per fronteggiare e gestire problemi e necessità accomunanti le diverse sedi della Rete stessa.

Fin dalla sua prima edizione, il progetto ha previsto l'organizzazione di brevi esperienze di stage pratici, nei quali i professionisti direttamente coinvolti potevano porsi in osservazione e confronto dell'attività svolta da colleghi di una sede diversa dalla propria, in uno scambio alla pari.

Come nel loro contributo rievocativo di queste prime esperienze testimoniano Oscar Bertetto e Mario Clerico: "Confrontarsi, discutere, crescere insieme erano necessità condivise da tutti fin dall'inizio. I professionisti erano orgogliosi di ciò che si andava costruendo e di come si stava concretizzando un nuovo modo di lavorare. Tutti erano anche curiosi di sapere come i loro colleghi avevano affrontato e risolto molti aspetti pratici della quotidianità: le piccole cose che non si raccontano nei documenti ufficiali, nelle riunioni o nei congressi, ma che caratterizzano i valori delle diverse strutture e qualificano il patrimonio immateriale che crea una buona assistenza".

È in questo scenario organizzativo e a partire da questi bisogni che vennero quindi organizzate, con l'apporto del Polo Oncologico e del Servizio Formazione della ASL di Biella, i primi scambi di visite e "incroci" fra operatori di sedi diverse.

Questa prima sperimentazione permise di sostanziare alcune "contaminazioni" generative. "Toccare con mano" quanto e come veniva messo in atto in altre sedi consentì di intercettare utili spunti operativi, ma anche di ricavare

conferme, queste forse anche più preziose, in merito a quanto si andava facendo nelle diverse realtà di provenienza.

A pochi anni dall'avvio della Rete, questa occasione di incontro esperienziale poté altresì contribuire a rinsaldare il sentimento di appartenenza degli operatori alla Rete stessa.

Sulla scorta del successo di questa prima pionieristica sperimentazione seguirono altre edizioni: quelle del 2009-2010, del 2016-2017 e la quarta e ultima edizione conclusasi nel 2019.

Per ognuna delle edizioni condotte, compresa l'ultima, si è potuto registrare il buon gradimento dei partecipanti e la loro complessiva soddisfazione, tanto da indurre tutti gli attori organizzativi del progetto a considerare l'opportunità di allestire analoghi percorsi di formazione sul campo anche per il futuro.

Nello stesso tempo, si è tutti consapevoli che, nel caso, occorrerà tenere conto del fatto che, ormai, gli assetti operativi della Rete sono da tempo maturi e ben collaudati e che, nello stesso tempo, questi assetti andranno comunque via via a rinnovarsi, richiedendo parimenti un rimodellamento continuo delle finalità e degli obiettivi perseguibili.

Inoltre, si è convinti che sarà necessario strutturare questi futuri progetti imperniandoli maggiormente sulla condivisione delle esperienze in una chiave riflessiva più strutturata e sostenuta da una metodologia formativa messa a punto progressivamente, tutto ciò per far fronte a ipotesi di azione che dovranno essere affinate tenendo conto delle risultanze che via via si andranno a registrare.

Un impulso in questa direzione è stato dato, in particolare, con l'ultima edizione di Crossover condotta muovendo da, e mettendo nel contempo maggiormente a fuoco, questioni sulle quali si ritiene che possano e si debbano ancora sostanziare future riproposizioni di percorsi analoghi.

Queste nuove edizioni dovrebbero assumere, come abbozzato nel capitolo finale di questo libro, una veste di formazione-intervento più marcata e ricercare, con i diversi attori del sistema, il loro maggiore coinvolgimento e la loro ancora più ampia condivisione degli obiettivi perseguiti e della metodologia impiegata.

In sintesi, sarà necessario strutturare le future edizioni di Crossover in modo tale da rispecchiare e riverberare maggiormente le priorità strategiche generali delle singole sedi e di tutta la Rete intesa come sistema complessivo.

È, questa, la prima indicazione che si delinea a seguito di quanto verificato nel corso dell'ultimo Crossover.

Una seconda e altrettanto fondamentale linea di azione e di ricerca per il

futuro concerne alcuni nodi problematici che, solo in minima parte, sono stati dipanati grazie a quanto messo in campo e maturato nel corso dell'ultimo progetto.

Si tratta di questioni emergenti in virtù di uno sguardo (nuovo) che si è cominciato ad assumere su “visite aziendali” e brevi stage per liberare pienamente il potenziale formativo insito in queste pratiche; uno sguardo che, per questo motivo, dirotta l'attenzione sul tema più generale di come favorire l'emersione e la messa in parola delle esperienze che professionisti di diverso profilo – provenienti da realtà lavorative in parte sovrapponibili, ma anche differenti – hanno sedimentato e sono disponibili a rimettere in gioco e a farne oggetto di riflessione in concomitanza allo strutturarsi della visita-stage.

Sì, a questo punto, il focus è stato posto, e così potrà essere, ancor più, posto in futuri percorsi, non solo e non tanto sui dati fattuali, sullo scambio di procedure, di singoli artefatti – aspetti, questi, che sono risultati comprensibilmente centrali nella primissima edizione di Crossover (quella condotta in una fase ancora pionieristica della vita della Rete) – bensì sull'intreccio di esperienze che insieme possono essere nuovamente tessute, appunto, in coerenza con una prospettiva di pensiero ispirata alla teoria della complessità e ai contributi elaborati intorno al tema dell'apprendimento dall'esperienza e al profilo di competenze di un professionista pratico.

Le questioni e i nodi problematici ai quali si fa riferimento in queste brevi annotazioni introduttive possono altresì essere colti, in maniera più sintetica e forse più incisiva, attraverso la formulazione di una serie di interrogativi:

Come impostare il breve stage in maniera tale da vedere impegnati (in ruoli diversi e con differenti responsabilità) i diversi attori organizzativi chiamati in causa in maniera diretta e indiretta?

Come coinvolgerli in qualche modo, attraverso, ad esempio, la partecipazione a riunioni allargate, la redazione congiunta di *report*, ecc.?

Come fare per rendere l'organizzazione e verifica dello stage un'occasione di apprendimento per i diversi team di lavoro della Rete?

Come coinvolgere, quindi, sia coloro che ospitano, che gli operatori ospitati, in un processo riflessivo centrato sulla messa in parola e sulla problematizzazione dell'esperienze professionali maturate nei relativi contesti di lavoro?

Come operare affinché operatori che non si conoscono particolarmente, provenienti da realtà differenti e appartenenti a culture di riferimento difformi, possano “sfruttare” questa occasione per stimolarsi reciprocamente nella messa in una buona forma dei pensieri maturati nel corso e in riferimento alle rispettive esperienze?

Come altresì favorire il fatto che questo pensare, e questo pensare insieme, possa essere fatto oggetto di una pratica riflessiva?

Con quali strumenti, procedure e attenzioni accompagnare e favorire questo atteggiamento riflessivo prima, durante e dopo l'azione? Vale a dire: prima dell'incontro-breve visita, durante il suo svolgimento e, ancora, dopo, trascorso cioè un tempo congruo dalla sua conclusione?

L'auspicio è che su detti interrogativi ci si possa tornare e che sulle medesime questioni e su altre analoghe possano convergere altri studi, altri professionisti della formazione interessati a proseguire su questi fronti la ricerca e la messa a punto di buone pratiche in favore di altri contesti, contribuendo in tal modo a perfezionare modelli formativi e di intervento centrati sull'organizzazione di brevi stage e, più in generale, sullo scambio e l'intreccio di esperienze professionali da parte di professionisti pratici.

In ultimo, a conclusione di queste brevi annotazioni introduttive, mi sia qui consentito di rivolgere un ringraziamento sentito alla Direzione Generale della ASL BI e alla Direzione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, per la motivante fiducia e il convinto e continuo sostegno organizzativo dimostrato al servizio che dirigo anche in occasione dello svolgimento del progetto Crossover.

Insieme al mio gruppo di lavoro rimango riconoscente e grato a tutti gli operatori della Rete per il prezioso atteggiamento collaborativo dimostratoci, per i suggerimenti e le critiche costruttive che hanno inteso avanzare a fondamento e guida di azioni future.

Personalmente, ci tengo a rinnovare il mio ringraziamento a Oscar Bertetto, Mario Clerico e a Barbara Bruschi per aver condiviso con me l'impostazione generale delle attività svolte in questo progetto.

Un pensiero colmo di gratitudine desidererei tanto che arrivasse a Monica Viale della quale conservo il ricordo di una collega sempre pronta a operare per il raggiungimento di obiettivi condivisi.

Il mio personale ringraziamento lo rivolgo infine alle restanti componenti del team operativo: Fabiola Camandona, Alice Marazzato e Francesca Menegon, per aver, ancora una volta, confermato a me e a Barbara Bruschi la loro competenza professionale e aver voluto, insieme a Marinella Mistrangelo che pure ringrazio, anche loro contribuire alla scrittura di questo libro.

1. SIGNIFICATO DI CROSSOVER E CULTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE ONCOLOGICA

Oscar Bertetto e Mario Clerico

1.1 Le origini della Rete Oncologica

Ripercorrere la storia della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta può permettere di cogliere appieno la filosofia di Crossover, il suo posizionamento e l'idea di cultura organizzativa che il progetto stesso intende alimentare.

La Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta comincia a strutturarsi a partire dal 1999.

In precedenza, in Piemonte, i Servizi di Oncologia erano soltanto tre.

I pazienti oncologici venivano assistiti in modo frammentato e disomogeneo presso strutture di varie specialità non oncologiche, in base all'organo da cui originava il tumore. In pratica, pazienti con metastasi ossee da tumore polmonare venivano curati dagli pneumologi, mentre quelli con metastasi ossee da tumore della mammella erano affidati ai ginecologi o agli internisti.

Coloro che potevano permetterselo cercavano assistenza nei grandi istituti di altre regioni, come la Lombardia o la Liguria, oppure viaggiavano fuori dall'Italia. Una delle mete era l'istituto Gustave Roussy di Villejuif, nella periferia di Parigi, nelle cui vicinanze esistevano alberghi in cui si parlava italiano e che si erano appositamente organizzati per ospitare i famigliari e i pazienti provenienti dal Piemonte o dal Sud Italia. In questi casi, i disagi della malattia tumorale erano enormemente amplificati dalla lontananza dei curanti.

Per ogni complicazione era necessario aggiungere le difficoltà di contattare il centro a cui ci si era affidati, sperando di poter risolvere i problemi per via telefonica. Allora non erano disponibili i cellulari: raggiungere il contatto giusto era già un'impresa! Quando il telefono non era sufficiente, bisognava ripartire e affrontare nuovamente il viaggio, in condizioni precarie, con ulteriori sofferenze.

I grandi centri oncologici presentavano indubbiamente dei vantaggi rispetto agli ospedali generali: in un'unica struttura, altamente specializzata per la cura dei tumori, erano disponibili medici, infermieri, amministrativi, farmacisti, psicologi, volontari e molti altri professionisti abituati a lavorare insieme in modo coordinato, pur appartenendo a specialità diverse, orientati ai percorsi di cura dei diversi tumori.

Gli ospedali generali, invece, erano esclusivamente organizzati secondo una modalità adatta ad affrontare le malattie acute, con servizi indipendenti fra di loro e i sanitari concentrati sulle rispettive competenze e responsabilità. Quando terminava un trattamento, come ad esempio un intervento chirurgico o la radioterapia, veniva consigliato di contattare gli specialisti che sarebbero dovuti intervenire nella fase successiva. I malati dovevano organizzarsi autonomamente per cercare i servizi che erano stati loro consigliati.

A fronte di questa situazione, la risposta che il Piemonte ha dato alle necessità assistenziali dei pazienti oncologici è stata quella di creare nuovi servizi di oncologia nei punti chiave della regione, collegandoli fin da subito in un sistema organizzato: la *Rete Oncologica del Piemonte*.

La costituzione e la strutturazione della Rete fu affidata ad Oscar Bertetto, oncologo dai solidi principi e con una visione molto chiara sulle cose da fare. L'obiettivo era di realizzare un grande centro oncologico, non circoscritto in un unico ospedale, ma distribuito su tutto il territorio regionale e disponibile per tutti i cittadini.

Le premesse erano chiare: le patologie oncologiche sono trasversali e coinvolgono potenzialmente quasi tutte le specialità cliniche; le terapie sono molteplici e previste per lungo tempo, a volte necessitano di strutture specifiche, adeguatamente attrezzate, altre volte possono essere erogate in ospedali generali o a domicilio. Per questi motivi, era necessario partire dai percorsi di cura, con le molteplici sfaccettature che si possono presentare.

Il principio guida che ispirò la creazione della Rete fu opposto a quello tradizionale: anziché pensare alle nuove strutture di oncologia, connesse tra di loro, si partì dai bisogni dei pazienti e dalla necessità di garantire loro una "presa in carico" globale e continua, lungo tutto il percorso di cura, negli ospedali o a casa.

Il nuovo modello di cura della Rete si basava (e si basa tutt'ora) su tre principi. Quello filosofico-culturale ribadisce la centralità del paziente nel processo di cura ed assistenza. Il secondo principio, organizzativo-strutturale, poggia sulla creazione di una nuova struttura, il Centro Accoglienza e Servizi (CAS), che garantisce l'assistenza continua al paziente nel percorso diagnostico-terapeutico, coordinando i diversi professionisti coinvolti. Il terzo elemen-

to, clinico-metodologico, parte da una visione complessiva del paziente e della sua patologia: gli operatori devono lavorare in maniera interdisciplinare nei Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC), specificatamente strutturati per i diversi tipi di tumore. La Rete deve garantire gli stessi standard qualitativi in ogni luogo: quando un determinato intervento non è possibile in un certo ospedale, il CAS pianifica le cure nella sede più idonea, senza scaricare sui pazienti l'onere di esplorare da solo nuove strade.

Alla realizzazione della Rete Oncologica del Piemonte, a cui poi si è aggiunta la Valle d'Aosta, parteciparono (e partecipano tutt'ora) centinaia di professionisti, affascinati dal nuovo modello di cura, ma anche impauriti e talvolta spersi nel cercare di far coincidere sogni e realtà. Realtà che erano molto diverse fra loro, pur all'interno della stessa regione.

Nel giro di pochi mesi nacquero diverse strutture di oncologia e molti CAS, connessi fra di loro ed inseriti in nove Poli Oncologici.

In questa fase non era difficile immaginare come costruire le nuove oncologie: bastava guardarsi attorno per riferirsi ad esperienze consolidate e prestigiose. Non era però altrettanto facile l'organizzazione dei CAS, le strutture che avrebbero fornito il complesso lavoro di coordinamento e presso i quali iniziavano a lavorare medici, amministrativi e infermieri, i quali non avevano riferimenti a cui attingere per costruire quanto veniva loro richiesto. Ognuno ha affrontato i problemi con entusiasmo e, soprattutto, con pazienza e fantasia, cercando di ritagliarsi un ruolo in un ambiente, quello sanitario, poco disponibile alle rivoluzioni organizzative. Non è stato facile. Un ricordo che oggi ancora ci emoziona è il primo incontro con la segretaria del CAS che iniziava un lavoro molto precario e dall'incerto futuro, in una struttura ancora da costruire. "Che devo fare? Da dove devo iniziare?" erano le sue domande. La risposta era scarna: "Non lo sappiamo ancora!" Altrettanto difficile era il lavoro dell'infermiera del CAS, che doveva andare nei diversi reparti, per lo più chirurgici, cercando di non essere vissuta come intrusa, per raccogliere dati, incontrare pazienti e famigliari, parlare del nuovo sistema organizzato della Rete, invitare i colleghi ad incontri di discussione per condividere le strategie terapeutiche multidisciplinari. A volte trovava buona accoglienza, altre volte, invece, percepiva i sospetti e le paure di perdere il controllo sui propri pazienti.

Il personale amministrativo ed infermieristico aveva il compito più difficile, ma tutti avevano un obiettivo certo: il nuovo sistema doveva garantire l'accoglienza e l'ascolto dei malati e dei loro accompagnatori, oltre che rendere più efficiente e meno burocratico e accidentato il loro percorso di cura.

1.2 Le radici di Crossover

Crossover è una parola inglese. Significa incrocio, scambio, attraversamento. In biologia, *crossing over* è il meccanismo di scambio di materiale genetico fra cromosomi. Aumenta la variabilità della progenie nella riproduzione sessuata e quindi favorisce l'evoluzione delle specie.

Il progetto Crossover nasce nel 2006 all'interno del Polo Oncologico di Biella¹, proprio con l'obiettivo di far incontrare i professionisti, scambiare storie e ricchezze, contaminare i contesti di lavoro, migliorare, crescere.

Per fortuna, in quegli anni, tra i professionisti fautori della Rete non ci si sentiva soli: in tutte le Oncologie e i CAS piemontesi si vivevano gli stessi problemi, le stesse paure, insieme ai medesimi entusiasmi. Confrontarsi, discutere, crescere insieme erano necessità condivise da tutti fin dall'inizio. I professionisti erano orgogliosi di ciò che si andava costruendo e di come si stava concretizzando un nuovo modo di lavorare. Tutti erano anche curiosi di sapere come i loro colleghi avevano affrontato e risolto molti aspetti pratici della quotidianità: le piccole cose che non si raccontano nei documenti ufficiali, nelle riunioni o nei congressi, ma che caratterizzano i valori delle diverse strutture e qualificano il patrimonio immateriale che crea una buona assistenza.

La prima edizione del progetto Crossover fu pensata proprio per rispondere a questi bisogni. Venne organizzata come percorso formativo che prevedeva la frequenza in un'altra struttura della Rete, secondo un programma predefinito, con l'obiettivo di osservare tutti gli ambiti previsti dalla Rete, a seconda del proprio ruolo: era prevista una sorta di cronoprogramma che dettagliava i luoghi da osservare (ambulatorio, *day hospital*, reparto di degenza, spazi dedicati alle discussioni, raccolta dati, ricerca clinica ecc.), così come le modalità organizzative, i percorsi, la modulistica e i protocolli. In questo primo percorso formativo erano definiti dei "tutor" che accompagnavano i colleghi nella loro frequenza "fuori casa".

Aderirono con maggiore entusiasmo gli infermieri e il personale amministrativo, forse perché erano i professionisti che avevano avuto il maggior peso nella costruzione del nuovo modo di lavorare. I medici sono sembrati meno coinvolti, forse per il loro maggiore interesse alle terapie e alle tecniche, piut-

1 Il progetto ha preso avvio a partire da un'idea lanciata in tal senso da Cesarina Prandi, allora referente per la Formazione del Polo Oncologico di Biella.

tosto che agli aspetti di accoglienza e di accompagnamento dei malati e dei loro famigliari.

Tra gli oncologi che hanno partecipato al primo Crossover, hanno aderito al progetto soltanto quelli dei centri periferici: coloro che lavoravano nei centri più importanti forse non hanno percepito utile dedicare tempo ed energie per osservare il lavoro dei colleghi. Eppure, spesso capita che le vere innovazioni organizzative e gestionali originano da piccoli ospedali che fungono da laboratorio di sperimentazione.

Al termine della frequenza, i partecipanti e i *tutor* dovevano redigere una relazione e, nelle conclusioni, definire cosa li avevano maggiormente colpiti e quali erano le maggiori differenze rispetto al proprio luogo di lavoro.

Fu particolarmente interessante notare quanto l'esperienza avesse permesso a tutti di scoprire cose nuove o di rivedere sotto una nuova luce quello che si faceva o si trascurava. Tutti dichiararono di aver raggiunto una maggior consapevolezza su quanto realizzato e quanto restava ancora da perseguire. Inoltre, l'aver vissuto diversi giorni insieme aveva permesso di creare amicizie e nuove relazioni, che hanno rafforzato l'identità di Rete.

La Rete, da parte sua, grazie a questa prima serie di scambi tra professionisti ha ottenuto una ricca documentazione relativa all'organizzazione delle diverse strutture, utile per uniformare le procedure gestionali di diagnosi, assistenza e cura ai malati di cancro del Piemonte e Valle d'Aosta.

L'esperienza è stata proficua e, per tanto, proposta ai professionisti della Rete negli anni successivi, partendo dagli stessi principi e cercando di potenziarli.

Per il futuro, sono molte le possibilità di miglioramento e di contestualizzazione del progetto rispetto alle nuove fasi di vita della Rete. Inoltre, sarebbe auspicabile la sua estensione ad altre strutture specialistiche, non immediatamente collegate all'oncologia che, inevitabilmente, sono coinvolte nella presa in carico globale e continua dei malati affetti da patologie croniche.

IL PROGETTO CROSSOVER

Vincenzo Alastra e Francesca Menegon

2.1 Cos'è il progetto Crossover e come funziona

Lo scopo principale del progetto Crossover è quello di dare la possibilità ai professionisti della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta di svolgere un'esperienza di stage pratico, affiancandosi nel lavoro a colleghi di un'altra sede in uno scambio alla pari: un'occasione di confronto e crescita, sia per coloro che sono stati ospitati (*tutee*), sia per chi si è offerto come guida e come referente locale per l'accoglienza (*tutor*). Le coppie *tutor-tutee* sono formate da operatori della stessa professione.

Più nel dettaglio, gli obiettivi generali del progetto Crossover sono:

- favorire la conoscenza dei reciproci metodi di lavoro, aumentando l'empowerment professionale e lo scambio di buone pratiche;
- verificare le condizioni e i dispositivi utili a favorire negli operatori processi riflessivi in merito alle loro esperienze;
- consolidare i rapporti tra chi lavora nelle strutture della Rete Oncologica, creando occasioni di cooperazione e scambio di esperienze;
- uniformare le procedure gestionali di diagnosi, assistenza e cura;
- migliorare le organizzazioni delle strutture di Rete, aumentando la trasparenza gestionale;
- strutturare modalità di interconnessione a favore del consolidamento della Rete Oncologica.

Il progetto si è svolto per la prima volta nel 2006, edizione di cui non rimane molta documentazione, se non l'esperienza vissuta dai partecipanti. È stato ripetuto nel 2009-2010 e questa seconda edizione ha visto la partecipazione di 40 professionisti (12 oncologi, 23 infermieri, 3 amministrativi dei

CAS¹ e 2 farmacisti). Nel 2016-2017 la Rete Oncologica ha valutato di riattivare il progetto in una forma rinnovata, rivolgendolo ad oncologi, infermieri e amministrativi CAS. I partecipanti sono stati in totale 52, provenienti da 13 sedi diverse della Rete. Un'ulteriore edizione del progetto è stata organizzata nel 2018-2019, coinvolgendo nuove tipologie di professionisti della Rete (psicologi e farmacisti). La partecipazione è stata di 28 coppie *tutor-tutee* per un totale di 52 professionisti², provenienti da 13 sedi diverse della Rete.

Professioni partecipanti	Crossover 2009-2010	Crossover 2016-2017	Crossover 2018-2019
ONCOLOGI	12	12	8
INFERMIERI	23	30	27
AMMINISTRATIVI CAS	3	10	5
PSICOLOGI	Non previsti	Non previsti	7
FARMACISTI	2 (anche se non previsti)	Non previsti	5
TOTALI	40	52	52

A eccezione della prima edizione del progetto Crossover del 2006, tutte le altre sono state accreditate presso il sistema ECM Regione Piemonte. Gli scambi crossover delle edizioni del 2016-2017 e 2018-2019 sono stati accreditati come percorso di Tirocinio / Stage di Formazione Sul Campo, mentre l'edizione del 2009-2010 è stata accreditata come percorso di formazione re-

- 1 Il Centro Accoglienza e Servizi (C.A.S.) è la struttura di riferimento del paziente per ciò che concerne l'assistenza, l'orientamento e il supporto. Il CAS, ha una duplice funzione: accogliere il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni; svolgere mansioni sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente.
- 2 I professionisti partecipanti non sono stati 56 (28 coppie per due), in quanto una infermiera ha svolto il ruolo di *tutor* per due *tutee* diversi, mentre una psicologa, un'amministrativa e una farmacista sono state sia *tutor* che *tutee*.

sidenziale, in quanto negli anni passati non era ancora possibile accreditare percorsi di FSC³.

Un elemento posto alla base di tutte le edizioni è sempre stata la reciprocità: se una sede ha propri operatori che si candidano a partecipare (*tutee*), deve essere disposta ad accoglierne da altre sedi e, pertanto, deve dare disponibilità almeno di un *tutor* per ogni tipologia di professione coinvolta. Può proporre più *tutee* solo se garantisce (da parte di uno stesso *tutor* o di diversi) l'accoglienza di altrettanti *tutee* per quella professione. Allo stesso modo, se una sede è disposta ad accogliere operatori di altre sedi di una determinata professione, deve avere propri operatori che visiteranno altre sedi.

La strutturazione del progetto si è modificata negli anni, soprattutto dal 2009 al 2016. Le ultime due edizioni, più vicine nel tempo, sono state strutturate in modalità simili, con alcune piccole varianti organizzative per l'ultima, basate sull'esperienza della precedente (come l'inclusione di nuove tipologie di professionisti o l'aggiustamento della durata dei periodi di visita per le diverse professioni).

Al fine di illustrare più nel dettaglio il funzionamento del progetto Crossover, ci si focalizzerà sull'ultima edizione (2018-2019), la cui strutturazione, tenendo conto delle esperienze precedenti, è stata quella più articolata (ha cioè compreso lo svolgimento di una prima ricerca perlustrativa e la conduzione di una attività formativa ritenuta propedeutica allo svolgimento operativo del progetto stesso).

In tale edizione, i professionisti coinvolti sono stati oncologi, infermieri appartenenti ai servizi dell'oncologia, psicologi, farmacisti, ed amministrativi dei CAS. Il percorso crossover è stato strutturato con una durata differente a seconda della professione:

3 Per tutte e tre le edizioni la realizzazione del progetto Crossover è stata affidata dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta alla S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI che, nella persona del suo Responsabile, Dott. Vincenzo Alastra, ha curato il coordinamento organizzativo del progetto coadiuvato dal Direttore della Struttura Complessa di Oncologia, Dott. Mario Clerico (nell'edizione del 2006 e del 2009-2010 ha partecipato ai lavori di coordinamento la Dott.ssa Cesarina Prandi). Per quanto concerne l'organizzazione logistico/operativa degli scambi crossover, la gestione organizzativa e amministrativa degli stessi, compreso l'accredimento ECM Piemonte, sono stati realizzati dalla Dott.ssa Francesca Menegon della S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI per le edizioni 2016-2017 e 2018-2019 e dalla Sig.ra Eugenia Bordonone appartenente alla stessa struttura della ASL BI con la Sig.ra Nadia Benedetto della S.C. Oncologia ASLBI.

- oncologi: 4 giorni lavorativi, preferibilmente consecutivi;
- infermieri (CAS, Day Hospital o Degenza Oncologia): 4 giorni lavorativi, preferibilmente consecutivi;
- psicologi: 2 giorni consecutivi;
- farmacisti: 2 giorni consecutivi;
- amministrativi: 2 giorni consecutivi.

A ogni sede della Rete Oncologica è stata inviata una presentazione del progetto con relativo invito a partecipare. Le sedi che hanno deciso di aderire, accettando il principio della reciprocità, hanno indicato i professionisti che proponevano come *tutor* e come *tutee*, per tramite del Direttore e del Coordinatore Infermieristico (o di un loro delegato).

Sulla base delle disponibilità dei *tutor* è stato predisposto il programma degli scambi fra operatori della stessa professione provenienti da sedi diverse.

Ad ogni sede coinvolta è stato richiesto di:

- far partecipare tutti i *tutor* e i *tutee* di ogni professione a due incontri formativi preliminari;
- prevedere, se possibile prima dell'esperienza di scambio delle visite, un momento di confronto coinvolgente coloro che avevano preso parte all'edizione precedente (sia per i *tutor* che per i *tutee*) incentrato sulle aspettative e sugli aspetti significativi dell'esperienza;
- al termine dell'esperienza di crossover, programmare almeno una riunione d'équipe interna con l'intento di condividere l'esperienza con i colleghi del proprio gruppo di lavoro;
- al termine del percorso, partecipare all'incontro finale di restituzione dei risultati delle diverse esperienze di crossover.

Il progetto Crossover è nato per favorire la conoscenza e la condivisione tra gli attori della Rete: proprio in quest'ottica la Rete ha invitato i professionisti, ove fosse possibile e gradito, ad ospitarsi reciprocamente durante il periodo della visita.

Per quanto concerne la gestione delle spese vive, è stato richiesto alle sedi ospitanti di fornire ai *tutee* ospitati l'accesso alla mensa aziendale. Ogni partecipante ha provveduto autonomamente alle prenotazioni relative al soggiorno e al viaggio. Spese che sono state in seguito rimborsate con i fondi messi a disposizione dalla Rete Oncologica per il progetto.

2.2 L'attività svolta nell'ambito dell'edizione 2018-2019 di Crossover

2.2.1 Incontri formativi di preparazione

Dal punto di vista del *team* di progetto, il valore aggiunto degli scambi crossover⁴ e delle previste contaminazioni non dovrebbe interessare solamente il *tutee* in visita in un'altra sede, ma anche poter essere riconosciuto da chi, come *tutor*, è chiamato ad accogliere nella propria sede il collega. E ciò per almeno due ordini di motivi. In primo luogo perché, in maniera del tutto naturale e senza un intento e un impegno esplicitamente volto a ciò, anche “chi arriva” può portare con sé, nel momento in cui incontra una realtà diversa dalla propria, esperienze, pratiche, punti di vista diversi e significativi che possono essere trasferiti, contestualizzati, ecc. In secondo luogo, perché lo strutturarsi di questa esperienza può configurarsi, rispetto alle proprie routine, come un'occasione di sosta proficua e innescare – se opportunamente accompagnata da focalizzazioni, da opportuni dispositivi narrativi e riflessivi, da possibili conferme e ri-pensamenti delle proprie pratiche e dei propri contesti lavorativi di appartenenza – apprendimenti, anche derivanti da semplici occasioni di conferma rigenerativa.

Inoltre, nella precedente edizione del progetto, il *team* aveva rilevato che i *tutor* e i *tutee* non sembravano aver compreso appieno il senso delle visite e, soprattutto, come esercitare al meglio il loro ruolo e predisporre per sfruttare al meglio l'opportunità.

È sulla base di queste premesse e considerazioni e al fine di ottimizzare il potenziale formativo e rigenerativo insito negli scambi di crossover, a tutti i professionisti che hanno aderito al progetto è stato chiesto di partecipare a due incontri formativi⁵ propedeutici rispetto all'esperienza che si apprestavano a vivere.

Questi incontri preparatori sono stati pensati come due brevi occasioni formative con obiettivi formativi distinti e sono stati così strutturati:

- 4 Si è scelto di scrivere la parola “Crossover” in maiuscolo quando ci si riferisce al progetto nel suo insieme, mentre nella forma in minuscolo si fa riferimento alle attività di scambio condotte nel corso della visita in una struttura.
- 5 Gli incontri formativi (accreditati al sistema regionale ECM) hanno visto impegnati, come formatori e *tutor*, i membri del *team* di progetto e si sono tenuti a Torino, presso la Sala multimediale della Regione Piemonte, messa a disposizione dalla Segreteria Regionale ECM del Piemonte.

1. Incontro formativo introduttivo dal titolo:

Crossover: incontrarsi per scambiare e consolidare saperi e pratiche

Ai *tutor* e ai *tutee* è stato presentato il progetto: i suoi obiettivi e la sua strutturazione e, soprattutto, sono stati forniti loro alcuni spunti di riflessione e confronto su come cogliere al meglio questa opportunità di crescita professionale, questa occasione per coltivare nuovi sguardi e nuove sensibilità sulla propria realtà professionale. Hanno partecipato a questo primo incontro formativo 38 persone.

2. Incontro di formazione specifico per *tutor* e *tutee* dal titolo:

Crossover: l'esperienza di tutor e tutee

Il secondo incontro ha visto 41 partecipanti in totale ed è stato sdoppiato in due date. L'obiettivo è stato quello di approfondire, prima con i professionisti che sarebbero stati *tutor*, poi con quelli che sarebbero stati *tutee*, il senso e la funzione di facilitazione che questi due ruoli avrebbero potuto esercitare in merito ai processi di apprendimento e condivisione di pratiche ed esperienze lavorative. I lavori di gruppo proposti hanno infatti portato sia il gruppo dei *tutor* che quello dei *tutee* a stilare una griglia di aspetti e pratiche da osservare e obiettivi significativi da raggiungere durante l'esperienza di *crossover*.

Gli elementi individuati dai *tutor* su cui riflettere durante la visita hanno riguardato due ordini di dimensioni: la riflessione stessa e i temi su cui centrare tale riflessione.

Di seguito viene riportata la griglia da loro elaborata:

- stimolare una riflessione su il livello ciascuna esperienza;
- individuare il tipo di esperienza che avrebbero sperimentato;
- individuare i temi della pratica lavorativa degni di riflessione;
- condividere le pratiche maggiormente in uso;
- riflettere sul perché vengano utilizzate proprio tali pratiche;
- riflettere sui nuovi apprendimenti;
- pensare a come realizzare la trasferibilità delle pratiche;
- osservare pratiche diverse come spunto per miglioramenti.

I *tutee* hanno individuato delle dimensioni simili a quelle individuate dai *tutor*, aggiungendone una terza relativa a come registrare le differenze e gli spunti significativi che sarebbero emersi durante la visita.

Di seguito viene riportata la griglia da loro elaborata:

- riflettere sulla propria esperienza in modo critico;
- confrontare la propria esperienza con quella dei professionisti della sede ospitante;
- osservare e tenere conto del contesto della realtà ospitante: i rapporti umani con pazienti e colleghi e il clima lavorativo;
- il confronto come strumento di formazione;
- verificare il linguaggio specialistico comune;
- fare nuove esperienze e trarre nuovi spunti e apprendimenti;
- dare qualcosa al *tutor*;
- ricevere qualcosa dal *tutor*;
- confrontare le pratiche lavorative;
- confrontare i modelli organizzativi;
- pensare a come trasferire le pratiche interessanti nel proprio contesto lavorativo (trasferibilità);
- prestare attenzione a quali aspetti e pratiche il *tutor* propone di osservare;
- osservare come vengono gestite le emergenze;
- registrare le esperienze e le informazioni interessanti prendendo appunti su un quaderno o sullo *smartphone*.

Gli elementi di attenzione, emersi durante le giornate di formazione, hanno trovato corrispondenza nelle testimonianze che i partecipanti hanno riportato durante le interviste telefoniche svolte a seguito della loro esperienza, come verrà illustrato nei capitoli successivi dedicati all'analisi dei dati.

2.2.2 I crossover

Lo svolgimento vero e proprio degli scambi crossover è avvenuto tra ottobre e dicembre 2018 (solo un'ultima coppia ha chiesto di poter condurre lo scambio a febbraio 2019) ed ha visto l'adesione di 28 coppie *tutor-tutee*.

A queste vanno aggiunte 5 coppie i cui *tutee* hanno rinunciato a partecipare per motivi di lontananza della sede assegnata o per motivi familiari o di lavoro sopraggiunti, per cui inizialmente le coppie partecipanti erano 33.

Rinunce di questo tipo erano avvenute anche nell'edizione precedente per due ordini di motivi. Il primo motivo è che molti professionisti avrebbero voluto andare come *tutee* in sedi giudicate "eccellenti" ma non tutte avevano aderito al progetto. Il secondo motivo riguarda soprattutto le donne che, oltre all'attività professionale, hanno più frequentemente in carico il lavoro di cura

della famiglia e, pertanto, sarebbero state più propense a scambiarsi le visite con sedi più vicine (o facilmente raggiungibili con il treno), in modo da non dover pernottare fuori. Purtroppo le sedi che hanno partecipato di più mettendo a disposizione più *tutor* sono state, ancora una volta, quelle relativamente più periferiche.

Per venire incontro ad alcune delle esigenze delle partecipanti si è proposto loro di suddividere lo scambio di 4 giorni in due tranches da 2 giorni in modo da pernottare fuori solo una notte. Alcune però non hanno potuto accettare questa soluzione e hanno rinunciato.

Le 28 coppie partecipanti erano appartenenti alle seguenti professionalità e hanno svolto complessivamente 92 giornate di crossover:

- 3 coppie di amministrativi CAS (2 giornate)
- 3 coppie di farmacisti (2 giornate)
- 6 coppie di infermieri CAS (4 giornate)
- 1 coppia di infermieri degenza oncologia (4 giornate)
- 7 coppie di infermieri DH (4 giornate)
- 4 coppie di oncologi (4 giornate)
- 4 coppie di psicologi (2 giornate)

Le sedi che hanno partecipato sono state le seguenti:

- CAS AO Mauriziano Umberto I
- CAS ASL TO5 (Carmagnola, Moncalieri, Chieri)
- CAS Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo
- CAS Chirurgico ASL TO5 Carmagnola
- CAS Chivasso ASL TO4
- CAS Ospedale ASL BI
- CAS S.C. Oncologia AOU Novara
- CAS Savigliano ASL CN1
- DH Ambulatorio S.C. Oncologia Casale Monferrato (ASL AL)
- DH Dipartimento Medico (onco/ematologia) Ospedale ASL BI
- DH Oncologico AO CUNEO
- DH Oncologico ASL TO5 Carmagnola
- DH Oncologico Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo
- DH P.O. MARTINI ASL Città di Torino
- DH S.C. Oncologia Tortona (ASL AL)
- Farmacia ospedaliera ASL BI
- Farmacia Ospedaliera ASO CUNEO
- Farmacia Verbania ASL VCO
- Medicina Specialistica 2 AO CUNEO

- Oncologia ed Ematologia AUSL VdA
- Oncologia Medica ASL CN2 Alba Bra
- Oncologia Ospedale ASL BI
- Psicologia Clinica - Oncologia AOU Novara
- Psicologia Ospedale S. Lorenzo Carmagnola, Ospedale Maggiore Chieri ASL TO5
- Psicologia Ospedale Santa Croce Moncalieri ASL TO5
- Psicologia Ospedaliera ASL BI
- Psicologia Ospedaliera Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo

Al termine del loro periodo di stage, ogni coppia ha consegnato una relazione (valida anche per l'ottenimento dei crediti formativi ECM) in cui sono state evidenziate e descritte le pratiche che hanno particolarmente colpito *tutor* e *tutee*, i quali hanno valutato e discusso, argomentandone motivazione e criticità, la trasferibilità di tali pratiche nella propria sede. È stato pensato anche uno spazio per evidenziare eventuali suggerimenti, considerazioni o proposte migliorative sul progetto Crossover o per altre considerazioni personali.

In questa edizione 2018-2019 del progetto in maniera differente rispetto alle edizioni precedenti, si è optato per una relazione strutturata intorno a meno domande, ma più aperte e tali da dare ai partecipanti la possibilità di esprimere maggiormente gli apprendimenti e le proprie impressioni, anche potendo contare sulle riflessioni già fatte in sede di intervista telefonica. Purtroppo alcune relazioni sono state molto stringate (soprattutto quelle degli oncologi), mentre altri professionisti (soprattutto gli infermieri) hanno riportato in maniera più approfondita le proprie considerazioni sull'esperienza.

In sintesi, dalle relazioni è emerso che la possibilità di fare un'esperienza di scambio con un collega di un'altra sede della Rete è stata molto apprezzata da tutti i professionisti, anche da parte delle professioni introdotte per la prima volta in questa edizione (psicologi e farmacisti).

In sintesi, tutti si sono dichiarati d'accordo sull'importanza del confronto con un altro collega e sulla possibilità di vedere l'organizzazione e le pratiche di un'altra sede.

2.2.3 Le azioni di ricerca-intervento

A seguito e durante lo svolgimento dei periodi di crossover tra i professionisti, sono state attivate azioni di ricerca-intervento, svolte in collaborazione con il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università degli Stu-

di di Torino. Tali azioni hanno previsto la somministrazione di due interviste e due questionari ai professionisti, che verranno presentati in dettaglio nel capitolo successivo.

Le interviste e la raccolta dei questionari sono state curate con la collaborazione della Dott.ssa Alice Marazzato e della Dott.ssa Fabiola Camandona. Questi strumenti hanno rappresentato il materiale di ricerca e analisi a cura del gruppo di progetto e sono serviti a delineare meglio la valenza di questa esperienza.

L'ARCHITETTURA DELLA RICERCA: LE DOMANDE DI RICERCA, LA METODOLOGIA E GLI STRUMENTI

Vincenzo Alastra e Alice Marazzato

3.1 La messa a fuoco di una ricerca esplorativa

In letteratura risultano rari i contributi che hanno affrontato il tema dei processi di apprendimento e di riflessione connessi a esperienze di stage formativi in contesti sanitari.

I lavori consultati sono risultati perlopiù centrati sul tema del tirocinio; un contesto formativo, questo, con caratteristiche solo in minima parte sovrapponibili ai percorsi formativi e alle esperienze attivate dal progetto Crossover.

Non sono stati reperiti studi sull'efficacia di stage di pochi giorni fondati sul confronto di esperienze e scambi di visite tra professionisti.

Per questo motivo, l'indagine condotta nell'ambito del progetto Crossover è stata di tipo esplorativo: quel tipo di indagine che si pone l'obiettivo di sostanziare una prima conoscenza teorica su un tema, che intende acquisire ulteriori punti di vista e domande da prendere in considerazione come punto di partenza per ricerche successive.

Si è inteso, quindi, cominciare a raccogliere primi dati, soprattutto di tipo qualitativo, derivanti da risposte fornite dai professionisti, interpellati con domande aperte formulate dal *team* di ricerca in forma scritta e orale. Come si conviene in questi casi, l'analisi dei dati è avvenuta tramite la classificazione delle risposte in categorie appositamente definite.

In minima parte, i dati raccolti sono stati di tipo quantitativo. Questi hanno riguardato, ad esempio, il conteggio di quante persone hanno preso parte a quante e a quali fasi della ricerca e altre informazioni importanti che possono essere utilizzate per cogliere il senso di tale partecipazione e contribuire così alla significazione di alcune sue risultanze e a nuove configurazioni del modello Crossover.

Per condurre questa indagine sono state seguite le cinque tradizionali fasi della ricerca esplorativa.



3.2 L'analisi della letteratura

In banche dati come PubMed, MeSH, PsycInfo e PsycArticles non sono stati riscontrati studi riguardanti contesti formativi sovrapponibili a quello del progetto Crossover, che non è considerabile (per la durata, per i ruoli andragogici e per le competenze chiamate a esprimersi) nei termini di un vero e proprio tirocinio con tanto di *tutoraggio* e nemmeno configurabile come esperienza di formazione *on the job* o di *coaching*.

Quanto riscontrato in letteratura riguarda, perlopiù, situazioni di vero e proprio tutoraggio, vale a dire situazioni nelle quali il *tutor* e il *tutee* incarnano due ruoli ben distinti e si trovano a interagire per periodi relativamente lunghi (la durata di un tirocinio è normalmente di qualche mese), sulla base di specifiche competenze andragogiche possedute da parte del *tutor* (per lo meno auspicabilmente) e di livelli diversi di conoscenze, capacità professionali, status, ecc.

Lo stage previsto dal progetto Crossover può invece essere ricondotto a una breve situazione di confronto, della durata di pochi giorni, fra due professionisti (ospite e ospitato), che ha luogo in un contesto relazionale paritario: sia in senso gerarchico, sia per quanto concerne le competenze e i relativi livelli che i due interlocutori sono chiamati a presidiare e mettere in campo.

Inoltre, scopo di questo confronto, lungi dal prefiggersi l'apprendimento di particolari pratiche (al massimo si è trattato di osservarne la loro messa in atto condividendo, eventualmente, osservazioni, qualche consiglio operativo e informazioni riguardanti gli strumenti impiegati) ha inteso “semplicemente” mettere il professionista (in particolare quello ospitato) in contatto con un ambiente lavorativo non conosciuto, al fine di favorire annotazioni e possibili riflessioni sulla propria e altrui esperienza professionale, nonché rinsaldare il sentimento di appartenenza alla Rete Oncologica da parte degli attori in campo.

Gli stage di Crossover si differenziano inoltre anche da esperienze caratterizzate da una relativa “parità gerarchica” e informalità, come quelle di tutoraggio tra studenti che sono state prese in esame da alcuni studi¹. Queste ultime esperienze hanno riguardato studenti di medicina di classi più avanzate che, possedendo competenze di base più ampie rispetto a quelle dei loro colleghi più giovani, facevano loro da *tutor* per un intero anno scolastico. Inoltre, aspetto questo molto importante, in questi studi non veniva presa in considerazione la possibile messa in atto di una pratica riflessiva nel corso dell'esperienza formativa in questione; tema, questo, centrale nell'ambito del progetto Crossover.

3.3 Gli obiettivi dell'indagine e la formulazione delle domande di ricerca

Le finalità e gli obiettivi di questa indagine sono stati allora piuttosto generali e hanno riguardato i seguenti aspetti:

- verificare se le esperienze di stage sono state avviate, e in che misura, con un atteggiamento riflessivo da parte degli operatori coinvolti, quanto è stata in tal senso stimolata detta propensione riflessiva e su quali temi e contenuti;
- indagare se potesse rivelarsi un valore aggiunto richiamare esplicitamente i professionisti a riflettere sulla loro esperienza di stage e, più in generale, su quella lavorativa;
- valutare la soddisfazione dei *tutor* e *tutee* partecipanti e l'utilità complessiva.

1 Le esperienze qui considerate sono state svolte presso Scuole di Medicina all'estero e hanno soprattutto riguardato la realtà anglosassone (Khalid et al., 2018; Burgess et al., 2016).

siva del modello Crossover in termini pratici: vale a dire registrare la presenza di qualche ricaduta concreta nelle realtà lavorative di riferimento dei professionisti, o anche soltanto la messa a fuoco di ipotesi riguardanti future azioni e sperimentazioni;

- capire se, e in che misura, la partecipazione al percorso formativo breve che ha preceduto la realizzazione degli stage avesse o meno favorito una proficua esperienza di stage, contribuendo, ad esempio, a favorire l'assunzione di un ruolo in parte riconducibile a quello di *tutor* e *tutee*, a facilitare quell'approccio riflessivo sopra accennato, a rendere più chiari e condivisi i motivi dell'indagine stessa, ecc.;
- verificare il valore e la sostenibilità dello stesso impianto di ricerca quindi: entità delle risorse impiegate a fronte di quelle necessarie, valutazioni di contesto e di gradimento della ricerca stessa, significatività dei dati raccolti e adeguatezza dei metodi adottati, qualità delle informazioni emergenti, livello di partecipazione dei soggetti coinvolti, tono dei commenti, delle esplicitazioni e di altri comportamenti in tal senso informativi (quali quelli riferibili alla puntualità e ai tempi di risposta, alla ricchezza o meno delle risposte fornite, ecc.);
- consentire una ridefinizione organizzativa e l'apporto di alcune modifiche migliorative al progetto Crossover nel suo insieme o relativamente ai passi o fasi che lo compongono: alle azioni di comunicazione, reclutamento e ingaggio dei professionisti, al momento formativo quale fase propedeutica alla realizzazione di stage stimolanti, alla socializzazione e valorizzazione delle esperienze e delle risultanze derivanti da queste anche in termini di linee di azione perseguibili dalla Rete Oncologica, alla messa a punto e realizzazione di successive ricerche.

Da quanto sopra riportato si può allora cogliere quanto la ricerca si sia focalizzata sulla dimensione della riflessione, quale aspetto fondamentale e strettamente connesso a quell'apprendimento esperienziale che uno stage dovrebbe stimolare. Uno degli intenti della ricerca è stato quindi quello di iniziare a verificare se, e in che misura, tale pratica riflessiva abbia effettivamente avuto luogo, grazie alle procedure messe in atto e agli strumenti offerti, nonché il valore, in termini di novità e di ricadute concrete, registrabili rispetto al loro operare e alle scelte organizzative dei servizi di appartenenza.

L'indagine è andata quindi ad articolarsi intorno alle seguenti quattro dimensioni e relative domande.

A) Come vengono percepiti / significati e attuati / vissuti i ruoli da noi denominati (in senso molto lato) come *tutor* e *tutee*.

- Come si autopercepiscono *tutee* e *tutor* nel loro ruolo?
- Come *tutee* e *tutor* percepiscono il ruolo dell'altro?
- Come percepiscono i *tutor* e i *tutee* il loro ruolo rispetto alla possibile attivazione di processi riflessivi in loro stessi e alla stimolazione-facilitazione di analoghi processi riflessivi nei loro interlocutori?

B) Quale valore / significato ha avuto questa esperienza per i partecipanti e quanto è stata o meno oggetto di riflessione e con quali risultati / effetti.

- Quale significato e valore vengono attribuiti all'esperienza di stage?
- Quali aspetti dell'esperienza lavorativa meritano ripensamenti e riflessioni?
- Quanto viene percepita come occasione riflessiva la visita di un'altra realtà lavorativa?
- Come viene praticata la riflessione sull'esperienza lavorativa?
- Quali effetti vengono riconosciuti alla pratica riflessiva?

C) Quali le ricadute di tipo organizzativo e di tipo relazionale generate nelle singole realtà coinvolte e nella Rete.

- Come si percepiscono i contesti di riferimento in rapporto fra loro?
- Lo stage ha promosso relazioni interpersonali "più amichevoli" e-o organizzativamente più funzionali fra operatori appartenenti a strutture diverse?
- La realizzazione di uno stage ha investito le strutture di appartenenza degli operatori coinvolti? Ha promosso perturbazioni organizzative all'interno delle loro strutture e, più in generale, nella Rete?
- L'esperienza di Crossover ha consentito di consolidare, e in che misura, il sentimento di appartenenza alla Rete?
- Lo stage, in sintesi, ha risposto alle aspettative dei diversi attori del sistema?

D) Quali le possibili ridefinizioni di Crossover in sue future edizioni.

- Come procedere nelle fasi di comunicazione e reclutamento dei partecipanti?
- Quanto e come coinvolgere gli operatori della Rete per quanto attiene alla definizione di obiettivi formativi e organizzativi specifici perseguibili grazie alle attività di crossover?
- Quali momenti e fasi del progetto dedicare e con quali modalità alla

valorizzazione e socializzazione delle risultanze (ad esempio: si potrebbero organizzare dei meeting o eventi conclusivi del progetto, impegnando così le strutture coinvolte, più che i singoli partecipanti, nella redazione e condivisione di report messi a punto in relazione a determinati mandati e campi di studio)?

3.4 Il disegno di ricerca

La messa a punto del disegno di ricerca ha comportato l'individuazione degli aspetti metodologici e la programmazione delle attività che sono andate compendosi così come di seguito sinteticamente descritto.

- **Individuazione e messa a punto degli strumenti e delle modalità di raccolta dei dati.** Sono stati elaborati *ad hoc* due questionari somministrati entrambi in forma scritta attraverso l'invio di una e-mail (prima dell'inizio e al termine dello stage), nonché focalizzate le tracce e definite le procedure da seguire per le due interviste telefoniche semi-strutturate: quella prevista al secondo giorno e quella programmata a distanza di un mese dalla fine dello stage (settembre-ottobre 2018). Entrambe le interviste sono state audio-registrate, previo consenso telefonico dei professionisti, e successivamente trascritte per poterle analizzare.
- **La selezione dei casi del campione.** La possibilità di partecipare alla ricerca è stata offerta a tutti i professionisti partecipanti al progetto. Le azioni di ricerca sono state presentate (finalità e obiettivi della ricerca, strumenti e modalità individuate per la raccolta dei dati) nel corso del percorso formativo² descritto nel precedente capitolo. L'adesione alla ricerca si è di fatto sostanziata su base volontaria, attraverso la risposta ad almeno uno dei due questionari o ad almeno una delle due interviste, coinvolgendo complessivamente 51 operatori sui complessivi 52 professionisti partecipanti al progetto Crossover.

2 Precisamente nell'ambito del secondo incontro, tenutosi nel mese di ottobre 2018, al quale hanno partecipato 41 operatori.

- **Tempi e metodi di analisi dei dati.** L'analisi dei dati è stata condotta immediatamente dopo la raccolta di tutto il materiale, così che fosse possibile per i ricercatori mantenere vive nella mente le impressioni avute durante la somministrazione degli strumenti di indagine. Il materiale audio è stato trascritto ed è stato oggetto di un'analisi qualitativa, svolta individuando delle categorie di analisi che hanno facilitato successivamente il compito di rispondere alle domande di ricerca. Le risposte ai questionari sono state analizzate tramite il software Nvivo (un programma per l'analisi qualitativa dei testi), mentre quanto dichiarato nelle interviste è stato collocato dai ricercatori in categorie in parte predefinite e, soprattutto, emerse durante l'analisi stessa.
- **Socializzazione delle risultanze.** Al momento è stata interessata solamente la committenza, in quanto si è previsto di dedicare un incontro a ciò nell'ambito di un possibile progetto ulteriore (centrato anch'esso sull'apprendimento dall'esperienza e sull'attivazione e sviluppo di comunità di pratica). All'incontro in questione potranno partecipare (e lo si ritiene opportuno) anche operatori non direttamente coinvolti nel progetto Crossover 2018, ma impegnati comunque nel progetto in corso di definizione.

Di seguito vengono dettagliate le procedure per la somministrazione degli strumenti della ricerca e accennate alcune caratteristiche dei medesimi.

3.4.1 *Il primo questionario*

Il primo questionario è stato inviato via e-mail in formato Word tre giorni prima dell'inizio dello stage, con la richiesta di compilarlo e inoltrarlo ai ricercatori prima dell'inizio dell'esperienza.

Era composto da quattro domande aperte con spazi formattati in maniera tale da poter essere ampliati a seconda delle necessità. Le domande indagavano gli stessi temi pur essendo declinate in maniera diversa a seconda che fossero rivolte ai *tutor* o ai *tutee* e hanno riguardato:

- previsioni e ipotesi relative a cosa si pensava come *tutee* di “portare” nel contesto in cui si sarebbe stati ospitati o si pensava di “dare” come *tutor* al *tutee*;
- aspettative relative a cosa *tutor* e *tutee* pensavano di poter “ricevere”

l'uno dall'altro e dall'entrare in contatto con un contesto e una storia lavorativa differente;

- aspetti della propria esperienza lavorativa ritenuti meritevoli di una propria riflessione;
- aspetti dell'esperienza vissuta durante lo stage sui quali si ipotizzava di focalizzare la propria riflessione.

A fronte dei 52 questionari distribuiti hanno risposto 33 operatori (13 *tutor*, 18 *tutee*, 2 *tutor-tutee*).

I testi della e-mail contenente le istruzioni generali sulla ricerca e i testi dei questionari e delle interviste vengono riportati come allegati di questo capitolo.

3.4.2 *La prima intervista telefonica*

Per cercare di rendere la raccolta dei dati il più possibile standardizzata, la prima intervista telefonica a medici oncologi e infermieri è stata somministrata il secondo giorno di stage, mentre ad amministrativi, farmacisti e psicologi, durante la giornata conclusiva³. La maggior parte dei professionisti ha deciso di farsi intervistare al primo contatto, altri, poiché si trovavano nel pieno delle attività, hanno preferito concordare un secondo contatto telefonico. Nei casi in cui non è stato possibile svolgere l'intervista alla prima telefonata è stato preso un appuntamento telefonico nelle ore subito successive o, in rari casi, per il giorno seguente, dando così a tutti la possibilità di partecipare nel momento più adeguato. Ciò è accaduto soprattutto nel caso dei *tutor* perché, trovandosi nel loro ambiente lavorativo, era per loro più difficile staccarsi dalle attività rispetto ai *tutee* che, invece, svolgevano un'attività puramente osservazionale.

Non è stato possibile raggiungere telefonicamente 6 professionisti e, quindi, hanno partecipato a questa prima intervista 46 operatori (19 *tutor*, 23 *tutee*, 4 *tutor-tutee*, a conferma del fatto che per i *tutee* era forse più semplice potersi staccare dalle attività dello stage). La durata media dell'intervista è stata di 8 minuti e 34 secondi.

3 Si ricorda che lo stage aveva una durata di quattro giorni per medici oncologi e infermieri e di due giorni per amministrativi, farmacisti e psicologi.

Le domande hanno interessato diversi temi a partire dalla domanda di esordio, aperta e finalizzata anche a “rompere il ghiaccio”, concernente le possibili considerazioni sull’andamento generale dello stage. Successivamente venivano sondati i seguenti temi: eventuali riflessioni sviluppate fino a quel momento, stimoli dai quali sono scaturite le riflessioni medesime, modalità con la quale sono state condotte (esclusivamente in forma di pensiero, con interlocuzione col *tutor* o *tutee* e-o in forma di scritto) possibili riflessioni dell’attività lavorativa. Veniva infine data agli intervistati la possibilità di aggiungere eventuali ulteriori annotazioni ritenute interessanti (allegato 4).

In questa prima intervista telefonica, così come nella seconda, le domande venivano poste in modo generale per permettere agli intervistati di portare all’attenzione questioni ritenute interessanti. Venivano aiutati a individuare meglio il focus nei casi in cui la risposta risultava vaga o con un basso valore informativo; anche questo tipo di risposte tuttavia non sono state trascurate, poiché hanno veicolato altri tipi di informazioni utili.

Al termine della telefonata gli intervistati venivano informati sui futuri passaggi della ricerca, allo scopo di favorire la loro adesione e collaborazione.

3.4.3 *Il secondo questionario*

Il secondo questionario è stato somministrato, sempre tramite e-mail, il quarto giorno e ultimo giorno di stage a medici oncologi e infermieri, mentre ad amministrativi, psicologi e farmacisti due giorni dopo la sua conclusione.

Nonostante sia stata richiesta a tutti la consegna del questionario entro e non oltre tre giorni dalla data di ricezione, in alcuni casi ci è stato anticipato un ritardo rispetto ai tempi prefissati, giustificabile, a dire degli interessati, sulla base del carico di lavoro arretrato che si sarebbero trovati al ritorno nelle proprie sedi.

In ogni caso, sono giunti ai ricercatori 29 questionari (13 *tutor*, 15 *tutee*, 1 *tutor-tutee*).

Come per il primo questionario, le domande rivolte ai *tutor* erano speculari a quelle per i *tutee* e hanno riguardato (allegati 5 e 6):

- apporti che l’intervistato pensava di aver “trasmesso” al suo interlocutore *tutor / tutee*;
- apporti che l’intervistato pensava di aver “ricevuto” dal *tutor / tutee*;
- sollecitazioni e contributi espressi per favorire negli interlocutori riflessioni sull’esperienza e la pratica professionale;

- sollecitazioni e contributi ricevuti dal *tutor* / *tutee* che avessero favorito una riflessione sulla propria esperienza lavorativa e con quali esiti.

3.4.4 L'intervista telefonica dopo un mese

L'ultima intervista telefonica è stata proposta a tutti i professionisti a un mese di distanza dalla fine dello stage, seguendo le medesime modalità standardizzate della prima intervista telefonica.

La durata media di questa intervista è stata di 10 minuti e 30 secondi e ha coinvolto 39 professionisti (17 *tutor*, 20 *tutee*, 2 *tutor-tutee*). Anche l'analisi qualitativa dei testi e la messa a fuoco delle risultanze sono state condotte in forma analoga a quella seguita per la prima intervista telefonica.

Si è infine cercato di condurre l'intervista mantenendo un tono colloquiale informale e il più possibile facilitante la raccolta delle informazioni.

Le domande proposte erano riconducibili alle seguenti quattro macro-tematiche (allegato 7):

- valore attribuito allo stage, opportunità riflessive favorite in merito all'esperienza lavorativa e raccolta di eventuali proposte a tal riguardo migliorative per future edizioni di Crossover;
- aspettative presenti prima dell'avvio dello stage, loro eventuale evoluzione nel corso del medesimo e grado di soddisfazione;
- mantenimento delle relazioni organizzative e personali ipotizzate e già intrattenute fra i professionisti coinvolti nel progetto;
- socializzazione dell'esperienza di stage vissuta come *tutor* o *tutee* con i colleghi delle strutture di appartenenza.

3.5 La partecipazione alla ricerca: i dati quantitativi

In ultimo, prima di procedere con la presentazione delle risultanze emerse a seguito della conduzione delle interviste e la somministrazione dei questionari, si riportano di seguito i dati di partecipazione dei 51⁴ professionisti che hanno aderito ad almeno una delle quattro fasi della ricerca:

4 Nel 2018-2019 le coppie *tutor* e *tutee* sono state 28 per un totale di 52 professionisti diversi (non 56, in quanto una infermiera ha svolto il ruolo di *tutor* per due *tutee* diversi, mentre una psicologa, una amministrativa e una farmacista sono state sia *tutor* che *tutee*).

- 33 professionisti hanno compilato il questionario prima dell’inizio dello stage (13 *tutor*, 18 *tutee*, 2 *tutor-tutee*);
- 46 professionisti hanno partecipato all’intervista del secondo giorno di stage (19 *tutor*, 23 *tutee*, 4 *tutor-tutee*);
- 29 hanno inoltrato il secondo questionario (13 *tutor*, 15 *tutee*, 1 *tutor-tutee*);
- 39 hanno preso parte all’intervista a distanza di un mese (17 *tutor*, 20 *tutee*, 2 *tutor-tutee*).

Si può osservare che la partecipazione è più alta per la compilazione del primo questionario e per la prima intervista telefonica.

Si evidenzia anche che coloro che si erano resi maggiormente disponibili a fornire informazioni nella prima intervista telefonica lo sono stati anche nella seconda analoga circostanza.

Considerando le singole partecipazioni, e non più le fasi della ricerca, è emerso che:

- 7 persone hanno preso parte ad una sola fase della ricerca;
- 11 solo a due fasi;
- 8 solo a tre;
- 25 a tutte.

ALLEGATI

ALLEGATO 1. TESTO DI PRESENTAZIONE/ISTRUZIONI DELLA RICERCA INOLTRATO VIA E-MAIL

Buongiorno dott./dott.ssa.....,

sono la dott.ssa....., la contatto in merito all'esperienza di stage del progetto Crossover che partirà il --/--/----. Come le è stato anticipato durante gli incontri svoltisi a Torino, le invio alcune domande alle quali le chiedo di rispondere prima dell'inizio dello stage. Deve rispondere in forma scritta (può utilizzare tutto lo spazio che vuole nel file di Word che trova in allegato) e le chiedo, cortesemente, di inviarmelo a questo indirizzo di posta prima dell'inizio dello stage (.....).

Queste domande saranno utilizzate ai fini della ricerca scientifica.

Le ricordo inoltre che il secondo giorno del suo stage la contatterò per farle una breve intervista telefonica e che in seguito riceverà una informativa per la partecipazione alla ricerca scientifica.

Grazie per la sua disponibilità.

Ci sentiremo presto.

Un cordiale saluto.

Firma

ALLEGATO 2. PRIMO QUESTIONARIO – VERSIONE PER TUTEE

Data --/--/----

Nome e Cognome

PROGETTO CROSSOVER 2018

QUESTIONARIO DA COMPILARE PRIMA DELL'INIZIO DELLO STAGE

Risponda alle seguenti domande in forma scritta, che le vengono rivolte a fini della ricerca scientifica. Può utilizzare tutto lo spazio necessario e le chiedo cortesemente di inviarmi questo file all'indirizzo prima dell'inizio dello stage (--/--/----).

1. Cosa penso di portare nel contesto in cui andrò a lavorare e al mio *tutor*?
- 2 Cosa penso di ricevere dal contesto in cui andrò a lavorare e dal mio *tutor*?
3. Su quali aspetti della mia esperienza lavorativa rifletterò?
4. Su quali aspetti dell'esperienza che mi accingo a fare rifletterò?

ALLEGATO 3. PRIMO QUESTIONARIO – VERSIONE PER TUTOR

Data --/--/----

Nome e Cognome

PROGETTO CROSSOVER 2018

QUESTIONARIO DA COMPILARE PRIMA DELL'INIZIO DELLO STAGE

Risponda alle seguenti domande in forma scritta, che le vengono rivolte a fini della ricerca scientifica. Può utilizzare tutto lo spazio necessario e le chiedo cortesemente di inviarmi questo file all'indirizzo prima dell'inizio dello stage (--/--/----).

1. Cosa penso di dare al *tutee* e in che modo?
2. Cosa penso di ricevere dal *tutee* e in che modo?
3. Su quali aspetti della mia esperienza rifletterò?
4. Su quali aspetti della sua esperienza inviterò il *tutee* a riflettere?

ALLEGATO 4. CANOVACCIO PRIMA INTERVISTA TELEFONICA

Buongiorno dott./dott.ssa

Sono la dott.ssa e la contatto per le interviste che avevamo concordato per il progetto Crossover. Posso impegnarla per alcuni minuti?

Vorrei rivolgerle alcune domande riguardo lo stage che sta svolgendo in questi giorni per sapere come sta vivendo questa esperienza e cosa ne pensa. Ci sarebbe la necessità di registrare la sua intervista ai fini della ricerca che stiamo conducendo con la collaborazione dell'Università degli Studi di Torino, se è d'accordo per la registrazione dica "sì" alla domanda che sto per porle. Per necessità di analisi dei dati il suo nome sarà associato alle sue dichiarazioni, ma i dati che emergeranno saranno trattati in forma anonima. Mi accorda il permesso di audio-registrare questa intervista?

Le ricordo che riceverà in seguito un'informativa per la partecipazione alla ricerca.

Allora possiamo iniziare:

1. Come sta andando la sua esperienza di stage?
2. L'esperienza di stage sta sollecitando delle riflessioni? Su quali aspetti? In che modo (ne parla con i colleghi, prende appunti, con il suo *tutor*,...)?
3. Le è capitato di ripensare alla sua esperienza lavorativa? Su quali aspetti della sua esperienza o attività ha riflettuto/riconsiderato/valutato grazie allo stage? Da cosa sono scaturite queste riflessioni?
4. Vuole aggiungere altri elementi o considerazioni che ritiene importanti?

Le ricordo che domani / tra due giorni le manderò una e-mail con alcune domande riguardanti sempre l'esperienza di stage, alle quali le chiedo di rispondere per iscritto e rimandarmi il file entro e non oltre tre giorni.

La ringrazio molto per la sua disponibilità e le auguro una buona giornata.

ALLEGATO 5. SECONDO QUESTIONARIO – VERSIONE PER TUTEE

Data --/--/----

Nome e Cognome

PROGETTO CROSSOVER 2018

QUESTIONARIO DA COMPILARE IL QUARTO GIORNO DI STAGE (o dopo due giorni dal termine dello stage per chi fa un'esperienza di 2 giorni)

44

Risponda alle seguenti domande in forma scritta, che le vengono rivolte ai fini della ricerca scientifica. Può utilizzare tutto lo spazio necessario e le chiedo cortesemente di inviarmi questo file all'indirizzo entro e non oltre tre giorni dalla data di ricezione (--/--/----). Grazie della disponibilità.

1. Cosa penso di aver portato al *tutor* con cui ho lavorato?
2. Cosa penso di aver ricevuto dal *tutor* con cui ho lavorato?
3. Quali sollecitazioni-contributi ho proposto al *tutor* e ai colleghi del contesto in cui ha avuto luogo lo stage per favorire in loro un ripensare ad alcuni aspetti della loro pratica professionale ed esperienza?
4. Quali comportamenti e sollecitazioni ha messo in atto il *tutor* che mi hanno indotto a riflettere sulla mia pratica professionale e sulla mia esperienza lavorativa e con quali risultati?

ALLEGATO 6. SECONDO QUESTIONARIO – VERSIONE PER TUTOR

Data --/--/----

Nome e Cognome

PROGETTO CROSSOVER 2018

QUESTIONARIO DA COMPILARE IL QUARTO GIORNO DI STAGE (o dopo due giorni dal termine dello stage per chi fa un'esperienza di 2 giorni)

Risponda alle seguenti domande in forma scritta, che le vengono rivolte ai fini della ricerca scientifica. Può utilizzare tutto lo spazio necessario e le chiedo cortesemente di inviarmi questo file all'indirizzo entro e non oltre tre giorni dalla data di ricezione (--/--/----). Grazie della disponibilità.

1. Cosa penso di aver dato al *tutee*? In che modo ho lavorato?
2. Cosa penso di aver ricevuto dal *tutee* con cui ho lavorato?
3. Quali sollecitazioni-contributi ho proposto al *tutee* per promuovere in lui una riflessione sulla propria pratica professionale ed esperienza?
4. Quali comportamenti e sollecitazioni ha messo in atto il *tutee* che mi hanno indotto a riflettere sulla mia pratica professionale e sulla mia esperienza lavorativa e con quali risultati?

ALLEGATO 7. CANOVACCIO INTERVISTA DOPO UN MESE

Buongiorno, come le avevo anticipato la contatto per l'intervista per il progetto Crossover a un mese di distanza. Se è disponibile vorrei rivolgerle alcune domande per telefono e come la volta scorsa le chiedo il permesso di registrare l'intervista, sempre per utilizzarla ai fini della ricerca. Posso registrare? Grazie, le ricordo ancora che l'informativa per la partecipazione alla ricerca la riceverà in seguito.

Allora possiamo iniziare:

SUL VALORE DELL'ESPERIENZA DI STAGE E SUL SUO POTENZIALE "RIFLESSIVO"

- Che valore ha avuto per lei l'esperienza di stage?
- Le ha dato spunti utili su un piano operativo?
- Le è capitato di ripensare a ciò che fa o ha potuto fare?
- È stata un'occasione per altre riflessioni?
- Alla luce della sua esperienza ha idee, proposte, suggerimenti per accrescere il valore di uno stage come quello appena svolto?

ASPETTATIVE

- Richiamiamo brevemente quelle che erano le sue aspettative iniziali riguardo l'esperienza di stage.
- L'esperienza che ha fatto è stata in linea con tali aspettative?
- Le aspettative sono cambiate dopo lo stage o sono rimaste le stesse dell'inizio? (Indagare se le aspettative sono distanti da quelle iniziali e perché) Indagare se le aspettative sono state rispettate o meno, o meglio, se lo stage ha risposto alle aspettative.

CONTATTI CON TUTEE / TUTOR E LA STRUTTURA

- Pensa di mantenere i contatti col collega *tutor / tutee* e con la struttura che l'ha ospitata?

CONDIVISIONE DELL'ESPERIENZA DI STAGE CON CHI?

- Ha condiviso con i colleghi della sua struttura la sua esperienza di stage? In che modo? Con quali motivazioni e aspettative?

Come sempre si è reso/a molto disponibile e non posso che ringraziarla per questo. Il suo contributo è stato molto importante, la ringrazio ancora, buona giornata e buon lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Khalid H., Shahid S., Punjabi N., Sahdev N. (2018). An integrated 2-year clinical skills peer tutoring scheme in a UK-based medical school: perceptions of tutee and peer tutors. *Advances in Medical Education and Practice*, Faculty of Medicine, St George's, Hospital Medical School, London, UK, Dove Press, 9, 423-432.
- Burgess A., Dornan T., Clarke A. J., Mezenes A., Mellis C. (2016). Peer tutoring in a medical school: perceptions of tutors and tutees. *BMC Medical Education* 16:85. DOI: 10.1186/s12909-016-0589-1.

RISULTANZE EMERSE DALL'ANALISI DEL PRIMO QUESTIONARIO

Fabiola Camandona

Per riflettere sull'esperienza svolta dai professionisti della cura¹, si è scelto di partire dalla definizione di *tutoring* di Cortese e Quaglino. Secondo i due autori si tratta di una relazione duale che mira a promuovere lo sviluppo della riflessività, dell'osservazione e la comprensione del proprio contesto e delle modalità di lavoro (Cortese, Quaglino, 1999, p. 227). Per riflettere su un'esperienza bisogna tenere presenti il contenuto, il processo e le premesse dalle quali partire (Mezirow, 2003) poiché ciò presuppone *«la consapevolezza sul perché percepiamo, sentiamo e agiamo in quel modo»* (Bound, 1989, p. 109). Il professionista pratico, pertanto, matura esperienza quando riflette su di essa; diversamente essa perderebbe di significato. Perciò, ritagliarsi dei momenti per pensare al proprio operato, permette di modificare il proprio punto di vista e di scoprire nuove sfumature. *«Imparare vuol dire riflettere (o essere aiutati a riflettere) su un'esperienza e quindi, banalmente, cambiare la nostra idea su di essa, o a dei livelli più alti di apprendimento, cambiare il nostro modo di imparare o addirittura di vedere le cose»* (Zannini, 2005, p. 36). L'esperienza di stage, pertanto, ha dato la possibilità ai *tutee* di posizionarsi all'interno di una realtà sconosciuta, ampliando i momenti di ascolto e osservazione (Gamberoni, Lotti, Sasso, 2009, p.100). Allo stesso tempo, per i *tutor* è stata un'occasione per guardarsi attraverso gli occhi di un altro professionista che opera in sedi differenti, ma con procedure simili.

1 Tra i 52 professionisti della Rete Oncologica coinvolti, vi sono: oncologi, infermieri, amministrativi CAS, psicologi e farmacisti.

Gli obiettivi sono stati:

- individuare, attraverso l'analisi quantitativa dei concetti, quali tra questi ricorre con maggiore frequenza;
- identificare i costrutti, ovvero le rappresentazioni che le persone attribuiscono a determinate situazioni da un punto di vista semantico;
- verificare le modalità messe in atto per attuare processi riflessivi prima di intraprendere il percorso di stage.

Pertanto, riprendendo quanto espresso nel disegno di ricerca (Cfr. Cap. 3), per individuare il significato che i professionisti attribuiscono a determinate azioni e come si pongono nei confronti delle attività lavorative, è stato somministrato loro un questionario. Quest'ultimo, consegnato alcuni giorni prima dell'inizio dello stage, ha visto la formulazione di quattro domande aperte rivolte alle 28 coppie di *tutor-tutee*.

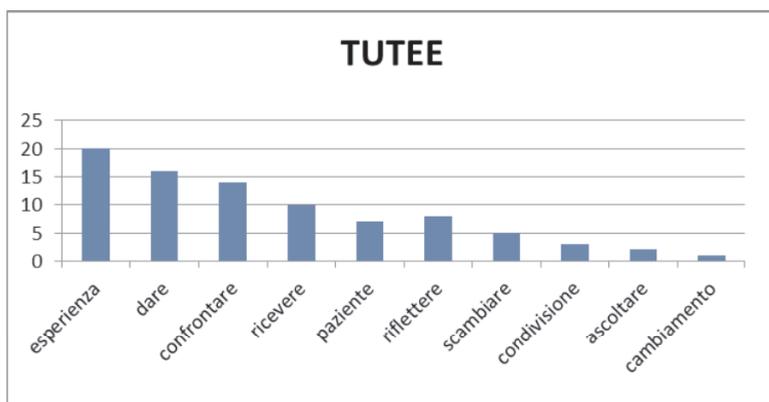


Grafico 1. Raggruppamento di tutte le risposte dei tutee al primo modulo

Le risposte pervenute, 13 per i *tutor*, 18 per i *tutee*², 2 *tutor-tutee* sono state analizzate sia quantitativamente che qualitativamente, per rilevare:

1. In che misura tutor e tutee hanno risposto alle domande ricorrendo agli stessi termini e con quale frequenza;
2. La sussistenza o meno di difformità nella messa in atto di processi riflessivi. Vi sono difformità da un punto di vista qualitativo, ossia i pro-

2 Non tutti i professionisti hanno partecipato a questa fase della ricerca.

fessionisti della cura presentano difficoltà nel mettere in atto processi riflessivi.

Per l'analisi quantitativa dei dati, ci siamo avvalsi di Nvivo³, un software per l'analisi testuale che permette di creare una scala delle parole maggiormente reiterate. Ai fini della ricerca, al programma è stato applicato un filtro⁴ prendendo in considerazione i primi dieci concetti emersi dalle risposte al questionario ad esclusione degli articoli, delle congiunzioni e degli avverbi, in quanto non significativi per l'indagine. Questo perché focalizzare l'attenzione sui concetti: «*consente all'essere pensante di semplificare e gestire la complessità del reale, organizzandola in categorie (...) e costituisce i 'mattoni' con cui esercita il pensiero*» (Trincherò, Robasto, 2019, p. 21). Le strategie qualitative di tipo narrativo, invece, «*indagano i sistemi complessi proprio al fine di esplorarne la storia, ricostruirla, interpretarla e farne esperienza di perturbazione del contesto stesso, in una logica trasformativa*» (Guarcello, Valenzano, 2019, p. 153).

Nei paragrafi che seguono verrà presa in considerazione la frequenza di parole pervenute in risposta a tutte le domande formulate nel questionario⁵ compilato prima dell'inizio dello stage. Successivamente, attraverso un'analisi qualitativa, verrà attuata una riflessione sul loro significato. Di seguito ci si soffermerà, invece, sulle singole domande poste a *tutor* e *tutee* mettendole a confronto: anche in questo caso si procederà con l'analisi qualitativa e quantitativa degli item individuati.

4.1 Tutor e tutee: analisi quantitativa del primo questionario

Questa prima analisi esplorativa ha fornito un'idea complessiva della reiterazione di alcuni concetti affiorati nel primo questionario. Tra questi ritroviamo: esperienza, dare, confrontare, ricevere, migliorare, riflettere, paziente,

3 Prodotto da *QSR International*, è stato progettato per ricercatori qualitativi che lavorano con informazioni testuali e/o multimediali, dove sono richiesti livelli di analisi approfonditi su piccoli o grandi volumi di dati. Il software consente attraverso semplici passaggi di importare il documento che si vuole analizzare.

4 Corrispondente alla lunghezza delle parole: si è scelto, per ciascuna domanda, di prendere in considerazione termini con un minimo di sei lettere.

5 Come ricordiamo, il questionario era composto da 4 domande aperte.

condividere, scambiare, ascoltare, cambiamento. È stato possibile comprendere come per i *tutee* (20 termini contro 10 per i *tutor*) assuma rilevanza la possibilità di fare *esperienza* all'interno di un contesto diverso rispetto al proprio ambito lavorativo.

È interessante osservare come la reiterazione della categoria del *confronto* sia simile tra i professionisti (14 per i *tutee* e 13 per i *tutor*) così come in quella della *riflessione* (8 vs 8), mentre si riscontrano delle ambivalenze per ciò che concerne i verbi *dare* e *ricevere*:

- infatti, se da un lato l'aspettativa dei *tutee* è di *dare* degli spunti (16) al servizio ospitante, dall'altra però diminuisce la possibilità di *ricevere* (12) delle suggestioni in un'ottica di miglioramento;
- per contro, le attese dei *tutor* non sono in linea con quelle dei *tutee*: non si aspettano di *ricevere* (4) quanto più di *dare* (12), presentando un ampio dislivello tra le due azioni.

Pertanto, se da un lato *tutor* e *tutee* pongono valore al *confronto* (14 *tutee* – 13 *tutor*), alla *condivisione* (4 per i *tutor*, 3 per i *tutee*), allo *scambio* (7 per i *tutor*, 5 per i *tutee*) condividendo il valore di una certa reciprocità, l'analisi delle risposte dei *tutor* porta ad affermare il contrario: ci troviamo di fronte a una relazione unidirezionale⁶. Inoltre, la centralità del *paziente* è attribuita maggiormente dai *tutor* (12) rispetto ai *tutee* (7).

Di seguito verranno presentati i dati emersi dalle risposte alle quattro domande rivolte rispettivamente ai *tutor* e ai *tutee*, per corroborare positivamente o negativamente le ipotesi di partenza.

6 Nei *tutor*, infatti, è predominante il verbo “dare” (12) rispetto a “ricevere” (4), venendo meno il principio di reciprocità, emerso dall'analisi delle parole *condivisione*, *confronto* e *scambio*.

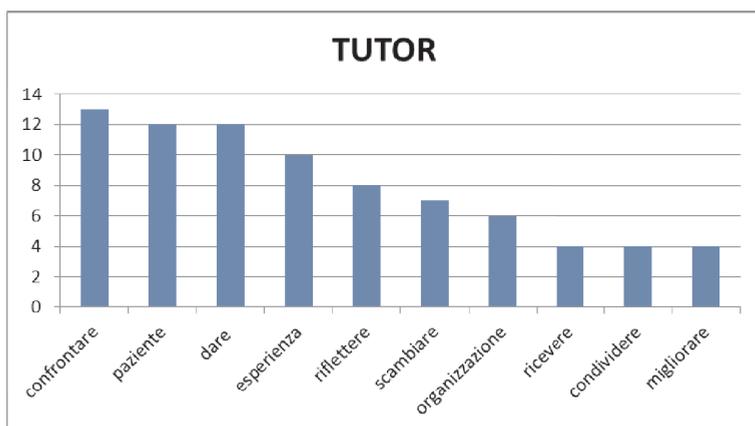


Grafico 2. Raggruppamento di tutte le risposte dei tutor al primo modulo

4.2 Analisi quantitativa e qualitativa della prima domanda: cosa penso di dare al tutee / tutor e in che modo?

Dall'analisi generale delle risposte emerse, si sposta l'attenzione sulle quattro domande formulate nel questionario, confrontando le risposte dei professionisti che hanno ricoperto il ruolo di *tutor* e *tutee*. Partendo dunque dalla prima:

“Cosa penso di dare al tutee / tutor e in che modo?”

	<i>Tutor</i>	<i>Tutee</i>
Realtà lavorativa	25	23
Confrontare	18	20
Miglioramento	7	9
Spunti di riflessione	14	7
Curiosità	-	8
Osservare	-	5
Condividere	-	5
Tempo	-	6
Organizzazione	6	1
Raccontare	1	3

Tabella 1. Raccolta dei principali concetti emersi da tutor e tutee in risposta alla prima domanda

Come si evince dalla Tabella 1, tutti i professionisti coinvolti desiderano restituire e/o osservare le *realtà lavorative* (25 per i *tutor*, 23 per i *tutee*) attraverso un *confronto* (18 *tutor*, 20 *tutee*) diretto durante le giornate di stage. Inoltre, si auspicano di portare un *miglioramento* (7 *tutor*, 9 *tutee*) nel proprio luogo di lavoro attraverso la ricezione di dichiarati *spunti di riflessione* (14 *tutor*, 7 *tutee*) da parte dei professionisti che operano in contesti differenti. Solo nelle risposte dei *tutee* viene posta rilevanza alla dimensione temporale, alla condivisione, all'osservazione e alla curiosità che, come si vedrà meglio in seguito, sono tutti fattori che assumeranno accezioni differenti. Infine, solo in quattro partecipanti si riscontra l'importanza della narrazione, che, soprattutto in questo contesto, potrebbe esercitare appieno la capacità di coinvolgere i soggetti per promuovere un approccio partecipato:

Tutor Infermiera CAS: "Penso che le racconterò una storia: un panorama sul nostro "mondo". Per mondo intendo luoghi, persone, cose: non solo il CAS e cosa facciamo, l'oncologia o il nostro Ospedale, ma tutta l'ASL di Biella partendo dal contesto geografico – socio – economico ed i problemi di salute legati ad esso, ma anche le risorse di questo "mondo", come "pensiamo" o è "stato pensato" e "come agiamo" o "si è agito".

Infatti, «*il soggetto che racconta offre la propria esperienza all'altro che in essa si riconosce. In questo riconoscersi egli non si trasferisce, ma resta nella condizione di vivere la sua personale esperienza anche attraverso il riferimento dell'esperienza dell'altro, in un intreccio che non intende 'sostituire', ma sostenere e aprire*» (Bruschi, 2017, p.145). L'apertura all'altro, implica un dare e un ricevere alla pari, andare alla ricerca dell'incontro e del legame che si crea, in questo caso, tra professionisti:

Tutor Infermiera CAS: "Vorrei far comprendere le relazioni e le dinamiche di un gruppo infermieristico che lavora su più sedi. Conoscersi, confrontarsi, scambiarsi esperienze, arricchendole con quelle dei colleghi infermieri".

Entrare in relazione con l'altro e predisporre all'apertura di cui si parlava poc'anzi, sembra un'azione semplice, invece: «*la modernità con la sua carica di razionalità, oggettività, certezza, allontana il singolo dalla ricerca dell'incontro e del legame, carica d'affettività, soggettività, incertezza; e, ancor più, lo allontana da se stesso, dalle sue potenzialità e dalla coscienza dei limiti intrinseci al suo essere. (...) Donarsi include la volontà di esserci, con il proprio patrimonio di umanità*» (Kaiser, 2017, pp. 27-34).

Le risposte fornite dai *tutor* in questa prima fase sembrerebbero muoversi sempre più verso un piano oggettivo, pensando all'esperienza come a una trasmissione di informazioni relative all'*organizzazione* (6) della struttura:

Tutor Infermiera CAS: "Mi piacerebbe far capire quali sono le difficoltà organizzative e quali strategie sono state messe in atto come gruppo infermieristico per superarle".

Tutor Infermiera CAS: "Presenterò le schede create all'interno dell'Azienda".

Tutee Infermiera CAS: "Sicuramente porterò la mia esperienza lavorativa, come è organizzata la struttura, il mio entusiasmo, curiosità e anche un po' di ansia".

Facendo riferimento al pensiero di Bion, apprendere dall'esperienza non è un processo legato esclusivamente al mondo esterno al soggetto, ma anche al suo mondo interno (Bion, 1972, p. 27). Pertanto, è importante tenere presente altri piani toccati esclusivamente dai *tutee*, come: la curiosità (8), l'osservazione (5), la condivisione (5) e il tempo (6). Essere curiosi implica predisporre a nuove scoperte sospendendo il giudizio e stando nella zona di incertezza che consente l'apertura all'altro. «*Se siamo curiosi della persona che abbiamo davanti, se ci lasciamo sorprendere da cose che non ci aspettiamo e siamo pronti ad accoglierle, favoriamo un contesto che incoraggia la curiosità anche da parte degli altri. Se nella relazione [con l'altro] riusciamo a scoprire cose nuove, se non ci limitiamo ad aspettarci che si verifichino le cose che ci aspettiamo, allora siamo curiosi e impariamo cose nuove*» (Giuliani, 2003, p. 251).

Tutee Infermiere DH: "Penso che porterò tanta curiosità, non mi è mai capitato di "visitare" un altro centro oncologico e sono molto curioso riguardo tutti gli aspetti della gestione del paziente oncologico. Nel contempo, spero di poter portare anche un aspetto di confronto e interazione serena con il mio tutor per poter approfondire meglio la mia esperienza".

Per interagire attraverso un confronto costruttivo, è necessario porre attenzione a un processo che si instaura tra osservatore e osservato, poiché ciò permette non solo di rendere «coscienti le sensazioni, ma di organizzarle» (Postic, De Ketele, 1993, p. 6). Osservare, pertanto, implica porre attenzione ai comportamenti che gli individui mettono in gioco tenendo presenti le rap-

presentazioni della realtà che accompagnano l'agire di ciascun soggetto o gruppo (Milani, 2013, p. 146).

Tutee Farmacista: "Io penso che il mio atteggiamento sarà quello di ascoltare e osservare rispetto a portare io qualche cosa. Con il mio tutor spero di avere molte occasioni di confronto e di scambio vero e proprio".

Tutee Infermiera DH: "Non ho pensato di portare qualcosa, quanto di osservare e portare io a casa un'esperienza nuova".

Come si evince da queste due testimonianze, per quanto l'osservazione sia uno strumento ricercato e atteso, rimangono inesplorate o implicite le strategie che i soggetti pensano di mettere in atto ai fini osservativi. Difatti, non si ritrovano risposte alle domande per un'osservazione sistematica come, per esempio:

- Perché, cosa, quando osservare?
- Con quale metodo?
- Con quali strumenti? (Milani, 2013, p. 147).

Ciò viene nuovamente confermato dalla risposta di una *tutee*, che esprime alcune problematicità nel costruirsi una griglia di osservazione:

Tutee Psicologa: "Difficile dirlo prima di aver effettuato l'esperienza. Osserverò il più possibile una realtà lavorativa che immagino un po' diversa dalla mia. Di essa credo sarò colpita da qualche elemento in particolare e immagino volgeranno su questi [elementi] le mie successive riflessioni".

Scoprire il contesto nel quale si va a operare, seppur per breve tempo, è importante poiché "consiste nel riuscire a comprendere la realtà, così come si presenta, senza pregiudizi, rendendosi disponibili allo svelarsi del suo significato" (Mollo 1996, p.123). Allo stesso modo permette di tessere relazioni con altri soggetti e ciò «rende più liberi e forti. Infatti nella pura relazione ti senti legato come non mai eppure libero come in nessun altro tempo e luogo. Si riceve qualcosa, ma non si riceve un contenuto, piuttosto sebbene una presenza, una presenza come forza» (Raniero 2008, pp.112-113).

Infine, bisogna tenere presente e valorizzare la dimensione temporale, che ha subito una grande evoluzione, configurando il modello di società, di cultura, di vita quotidiana dei cittadini. Lo scorrere del tempo dà esperienze,

azioni da svolgere in un ritmo scandito, privando il tempo alla riflessione (Domènech Francesch, 2011, pp. 29-34):

Tutee Farmacista: “Penso di portare l’esperienza che mi sono fatto nel tempo e in questo campo, l’entusiasmo che sento, vivo per il mio lavoro e il desiderio di curiosità nel conoscere la realtà che andrò a visionare”.

In questo caso, il tempo viene visto come spazio all’interno del quale sono raccolte le esperienze formative svolte, diversa invece è l’accezione che vi attribuisce un’altra professionista:

Tutee Farmacista: “Mi auguro che ci possa essere il tempo per potersi confrontare, per avere una visione diversa sulle cose”.

In questo caso, viene auspicato un tempo per promuovere apprendimenti, non per impartire semplici pennellate di contenuti che si imparano momentaneamente: aspettare vuol dire anche non intervenire per lasciar fare le proprie esperienze. «*Il tempo ci cambia lo scenario, ci sposta la prospettiva. Il trascorrere del tempo ci dà esperienze, ma a volte ci dà un’eccessiva stabilità. (...) Il tempo è soggettivo e dipende da ogni persona*» (Domènech Francesch, 2011, pp. 38-40) motivo per cui è fondamentale tenere presente l’unicità dell’individuo.

4.3 Analisi quantitativa della seconda domanda: cosa penso di ricevere dal tutee/tutor e in che modo?

La ricerca è proseguita focalizzando l’attenzione rispetto al rimando che *tutor* e *tutee* si aspettavano a seguito dell’esperienza di stage. Riflettere sul proprio operato, infatti, permette di far luce sugli elementi e sul contenuto della propria pratica lavorativa, superando la forma dell’automatismo routinario. Si ottiene, così: «*una pratica consapevole, cosciente, padroneggiabile e, quindi, potenzialmente trasformabile*» (Perlino, 2013, pp. 74-75). In riferimento ora alla seconda domanda rivolta ai partecipanti, si ritiene che le variazioni tra i risultati ottenuti nelle due rilevazioni si concentrino in particolare su alcuni aspetti che nella prima fase della ricerca avevano dato risultati negativi. Più in dettaglio:

“Cosa penso di ricevere dal tutee / tutor e in che modo?”

	<i>Tutor</i> (domanda 1)	<i>Tutor</i> (domanda 2)	<i>Tutee</i> (domanda 1)	<i>Tutee</i> (domanda 2)
Realtà lavorativa	25	25	23	25
Confrontare	18	20	20	22
Miglioramento	7	10	9	15
Spunti di riflessione	14	20	7	10
Curiosità	-	-	8	10
Osservare	-	-	5	-
Condividere	-	-	5	1
Tempo	-	-	6	-
Organizzazione	6	9	1	8
Raccontare	1	-	3	-
Ascoltare	-	-	1	2

Tabella 2. Comparazione dei principali concetti emersi dalle risposte alla prima e seconda domanda

Nella Tabella 2, sono stati evidenziati i termini non ancora presi in considerazione nella precedente analisi qualitativa, ponendo l'accento su analogie e differenze nella ripetizione dei termini. In particolare, comparando le risposte dei partecipanti ai due quesiti, si evidenzia:

- un aumento della voce *miglioramento* sia da parte dei *tutor* (da 7 a 10) che da parte dei *tutee* (da 9 a 15);
- è assente nei *tutor* il termine *condividere*, mentre diminuisce nei *tutee* (da 5 a 1);
- aumenta esponenzialmente la parola *organizzazione* per i *tutee* (da 1 a 8), mentre resta pressoché uguale nei *tutor* (da 6 a 9);
- la voce *ascolto* non è presente nei *tutor* contrariamente ai *tutee* (2).

Da un punto di vista qualitativo si evidenziano due accezioni in riferimento al *miglioramento*:

- da una parte è inteso come arricchimento di conoscenze rispetto ai servizi presenti nella Rete Oncologica del Piemonte, come ritroviamo nelle parole di una *tutee*.

Tutee Infermiera CAS: "Penso di ricevere ascolto, disponibilità e aiuto nelle difficoltà di apprendimento per migliorare la conoscenza dei Servizi che offre il CAS Novarese e poter così effettuare dei confronti costruttivi con il CAS di appartenenza".

- dall'altra invece, vi è la volontà di acquisire competenze da proporre e trasferire nel proprio contesto.

Tutee Infermiera DH: "Mi piacerebbe riuscire a cogliere degli spunti dal punto di vista organizzativo da poter portare nella mia realtà lavorativa per poter dare un contributo a migliorarla dove serve".

Riprendendo la dimensione *organizzativa* esplicitata da *tutor* (9) e *tutee* (8), si può osservare come essa ricopra un ruolo fondamentale nel coinvolgimento delle diverse figure professionali. Questo perché: «*il raggiungimento di obiettivi comuni può basarsi su di una "messa in rete" di servizi, in grado di rispondere nel modo migliore ai molteplici bisogni del cittadino*» (Cinotti, Cipolla, 2003, p. 33).

Obiettivi che i professionisti si auspicano di conseguire, così come emerge dalla riflessione dei *tutee*:

Tutee Psicologa: "Rifletterò sui miglioramenti da apportare riguardo i rapporti con il personale sanitario. Idee, suggerimenti, esperienze relative alla partecipazione dello psicologo nelle riunioni di équipe nei GIC⁷ al CAS. Penserò all'organizzazione delle abitudini ormai strutturate nel tempo e diventate prassi date per scontate".

Tutee Farmacista: "Penso che il tutor sarà curioso di sapere come è organizzata anche la mia attività lavorativa e quindi di ricevere domande inerenti l'organizzazione del settore in cui lavoro".

Le domande ricoprono la funzione informativa, tracciando un percorso nella costruzione della relazione con l'altro (Bert, 2015, p. 253). Quest'ultima si tesse anche grazie all'osservazione e all'*ascolto*, elementi fondamentali per costruire consapevolezza di sé e della propria realtà (Canevaro, Arrigo, 2015, p. 160). Prestare attenzione all'altro è un compito difficile: «*perché richiede l'abbandono dei propri narcisismi e delle proprie certezze per scommettere*

7 Il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) presenta al proprio interno medici di diversa specializzazione appartenenti a differenti Unità Operative che si mettono a confronto per individuare percorsi di cura più appropriati per la persona malata. Si parla dunque, di un'équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e la condivisione interdisciplinare.

sull'altro» (Milani, 2013, p. 147). Ciò traspare anche dalle risposte forniteci da *tutor* e *tutee*:

Tutee Infermiera CAS: “Il dialogo con un collega è il miglior modo per riflettere sul proprio operato”.

4.4 Analisi quantitativa della terza domanda: su quali aspetti della mia esperienza rifletterò?

“Su quali aspetti della mia esperienza rifletterò?”

	<i>Tutor</i>	<i>Tutee</i>
Paziente	4	9
Gruppo	3	5

Tabella 3. Nuove ricorrenze in risposta alla terza domanda

Attraverso la terza domanda è stato dato spazio al professionista per riflettere sulla propria esperienza lavorativa, focalizzandone i punti più salienti. Questo perché: «la narrazione è una forma in cui l'esperienza viene rappresentata e raccontata, in cui le attività e gli eventi sono presentati in un ordine significativo e coerente: (...) nuove domande daranno vita sempre a nuove riflessioni sulle esperienze soggettive e ognuno di noi potrà sempre descrivere un evento con un'ottica diversa, collocando il racconto in un nuovo contesto e rivelando nuove dimensioni dell'esperienza» (Byron, Good, 2006). Pertanto, solo attraverso domande mirate è possibile porre il professionista della cura in uno spazio di sosta per prendersi cura di sé. «Un bisogno, questo, che deriva dal fatto di trovarsi “esposto”, con continuità e intensità, alle sofferenze altrui, a vivere quindi, di riflesso, molteplici esperienze di apicalità esistenziale, che possono perturbarlo sul piano emotivo sollecitandolo continuamente all'incontro con i suoi limiti e le sue ferite» (Alastra, 2016, p. 135).

Dai risultati dell'analisi si evidenzia la presenza dei concetti *paziente* e *gruppo*, non ancora indagati nelle precedenti domande. Entrambi spiccano con maggiore frequenza nei *tutee* (9 volte paziente e 5 gruppo) rispetto ai *tutor* (rispettivamente 4 e 3).

Tutee Psicologa: “Desidero apprendere come si sono organizzate le colleghe per rispondere ai bisogni dei pazienti”.

Tutee Oncologa: “Sull’organizzazione e sul modo di rapportarsi con i pazienti e con i colleghi”.

Tutor Amministrativa: “Cercherò di far emergere la parte che mi interessa di più, cioè l’accoglienza al paziente come parte fondamentale di tutto il nostro lavoro”.

Non a caso l’interesse è posto sui bisogni del paziente, poiché un buon professionista è colui che è capace di condividere il peso psicologico della malattia, senza perdere la lucidità che gli deriva dal suo sapere (Veronesi, 2012, pp. 60-61).

Allo stesso modo, la dimensione della relazione e in particolare del confronto all’interno di un’*équipe* assume rilevanza, come si evince dagli scritti dei *tutor*:

Tutor Farmacista: “Da qui mi aspetto di poter trovare molti punti di confronto per approfondire le mie conoscenze e ampliare ulteriormente la mia esperienza in questo ambito lavorativo soprattutto applicato al rapporto con gli altri e a come trasmettere le conoscenze acquisite ai miei collaboratori”.

E ancora:

*Tutor Infermiere Degenza: “Credo che cercherò di riflettere su cosa, come e perché faccio il mio lavoro e cosa si possa fare, sia come singolo professionista che come *équipe*, per favorire il confronto”.*

Saper lavorare all’interno di un gruppo di lavoro, rappresenta un punto cardine della professionalità, intesa come “capacità di sintesi del sapere, del saper fare e del saper essere” (Sordelli, 1994, p. 64).

Un sapere che si coltiva, quindi, adottando strategie improntate alla cooperazione, con il compito di generare reciprocità e appartenenza.

Tutor Farmacista: “Rifletterò sicuramente su una analisi critica dei punti deboli della mia realtà che comprendono sia problematiche strutturali, operative e gestionali, ma anche su aspetti relazionali. Infatti i rapporti tra i componenti di un gruppo sono fondamentali per l’attuazione di qualsiasi progetto”.

4.5 Analisi quantitativa della quarta domanda: su quali aspetti dell'esperienza rifletterò?

In ultima analisi, sono state poste due domande differenti a seconda del ruolo ricoperto.

Per i *tutee*:

“Su quali aspetti dell'esperienza che mi accingo a fare rifletterò?”

Per i *tutor*:

“Su quali aspetti della sua esperienza inviterò il *tutee* a riflettere?”

	<i>Tutor</i> (domanda 3)	<i>Tutor</i> (domanda 4)	<i>Tutee</i> (domanda 3)	<i>Tutee</i> (domanda 4)
Realtà lavorativa	10	5	10	8
Confrontare	8	4	3	3
Miglioramento	1	2	5	3
Condividere	4	-	3	2
Organizzazione	4	2	10	8

Tabella 4. Confronto delle principali ricorrenze emerse dalla terza e quarta domanda

Le risposte pervenute sono esigue, e per alcuni professionisti sono assenti: in particolare, 4 su 14 *tutor* e 3 su 19 *tutee* non hanno risposto all'ultima domanda, mentre 2 su 19 hanno ripetuto quanto già detto rispetto alle altre domande. La difficoltà a rispondere a quest'ultima domanda, che focalizzava l'attenzione sul progetto Crossover, può derivare dal non averne colta la differenza rispetto alla precedente⁸, che invitava invece a riflettere sull'esperienza lavorativa in senso generale. Infatti, alcuni *tutee* hanno riportato le medesime risposte, ciononostante nella quarta sono presenti i termini *realtà lavorativa* (5 *tutor*, 8 *tutee*) confronto (4 *tutor*, 3 *tutee*), *miglioramento* (2 *tutor*, 3 *tutee*), *organizzazione* (2 *tutor*, 8 *tutee*).

Dall'analisi qualitativa infatti, si comprova la poca attenzione riposta nell'ultima domanda del primo questionario⁹:

8 Si ricorda che la terza domanda è stata così formulata: «Su quali aspetti della mia esperienza rifletterò?».

9 *Su quali aspetti dell'esperienza che mi accingo a fare rifletterò? Su quali aspetti della sua esperienza inviterò il *tutee* a riflettere?*

Tutor Farmacista: “Come già evidenziato rifletterò sicuramente su una analisi critica dei punti deboli della mia realtà che comprendono sia problematiche strutturali, operative e gestionali, ma anche su aspetti relazionali. Infatti i rapporti tra i componenti di un gruppo sono fondamentali per l’attuazione di qualsiasi progetto”.

Tutee Farmacista: “Gli stessi citati precedentemente ma nell’ottica di una realtà diversa rispetto a quella in cui lavoro”.

Comparando le risposte dei *tutor* e dei *tutee* presentate nella Tabella 4, è possibile osservare la doppia sfaccettatura che ricopre il verbo *confrontare*, concetto parecchio reiterato:

Tutor Infermiere Degenza: “Come ho risposto nelle domande precedenti, cercherò di stimolarlo a riflettere sulla necessità di un confronto continuo nella nostra professione e sull’importanza di mantenere una mente aperta ed elastica”.

Tutee Oncologa: “Sull’aspetto organizzativo, relazionale e sulla capacità di confronto tra diverse realtà”.

Se da un lato il verbo riporta, come già visto precedentemente, all’idea di cooperazione e di dialogo, intesi come costruzione di un rapporto che conduce all’acquisizione di nuove competenze e conoscenze, dall’altra invece, si fa riferimento alla dimensione organizzativa delle strutture ospedaliere.

In entrambi i casi, però, le risposte non vanno in profondità, in quanto i professionisti non esplicitano su quali aspetti vorrebbero attuare un confronto e quali siano le motivazioni che danno voce a questo desiderio.

Nelle pagine che seguono, si andrà ad analizzare il secondo questionario presentato a *tutor* e *tutee* durante la quarta giornata di stage, ovvero a conclusione del loro percorso.

Riferimenti bibliografici

Alastra V. (2016). *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione*. Milano: Franco Angeli.

Bert G. (2007). *Medicina Narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

- Bion W. R. (1972). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Bound D. (1989). Come aiutare gli studenti a imparare dall'esperienza. In Cox K.R., Ewan C.E. (eds.), *Insegnare la medicina*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bruschi B. (2017). Digital Storytelling nei contesti di cura. In Alastra V., Bruschi B. (eds.), *Immagini nella cura e nella formazione. Cinema, fotografia e digital storytelling*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Byron J. Good (2006). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Piccola biblioteca Einaudi Vol. 329, Italian Edition, posizione 4377-4382, Edizione del Kindle.
- Canevaro A., Arrigo C. (2015). *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle prospettive educative*. Roma: Carocci.
- Cinotti R., Cipolla C. (eds.) (2003). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Cortese C. G., Quaglino G. P. (1999). Verso la learning organization: nuove figure del formatore. In Quaglino G. P., *Scritti di formazione 1978-1998*. Milano: FrancoAngeli.
- Domènech Francesch J. (2011). *Elogio all'educazione lenta*. Brescia: La Scuola.
- Gamberoni L., Lotti A., Sasso L. (2009). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Roma: Carocci.
- Giuliani M. (2003). Breve corso per gli insegnanti sulla curiosità. In Bert G. (2007), *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Guarcello E., Valenzano N. (2019). *Narrazioni che disegnano mondi. Vivere la complessità, fare la differenza*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Kaiser A. (2017). Per una pedagogia del dono. *Studi sulla Formazione*: 20, 27-34, 2017-1 DOI: 10.13128/Studi_Formaz-20937 | ISSN 2036-6981.
- Mezirow J. (2003). *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Milani L. (2013). *Collettiva-Mente. Competenze e pratica per le équipes educative*. SEI Scuola e Vita.
- Mollo G. (1996). *La via del senso. Alla ricerca dei significati dell'esistenza per un'autentica formazione culturale*. Brescia: La Scuola.
- Perlino A. (2013). *Competenza e deontologia degli educatori professionali. La ricerca di una soluzione sostenibile*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Postic M., De Ketele J. M. (1993). *Osservare le situazioni educative. I metodi osservativi nella ricerca e nella valutazione*. Torino: SEI.
- Raniero R. (2008). *Viaggio verso l'altro. Comunicazione, relazione, educazione*. Roma: Armando.
- Sordelli G. (1994). Chiavi di lettura del lavoro di équipes. *Animazione Sociale*, n. 12/1994. Torino: Gruppo Abele.
- Trincherò R., Robasto D. (2019). *I mixed methods nella ricerca educativa*. Città di Castello: Mondadori Università.

- Veronesi U. (2012). *Il primo giorno senza cancro. Le battaglie che abbiamo vinto e che vinceremo*. Milano: Piemme Ora.
- Zannini L. (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini.
- Mezirow J. (2003). *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Milani L. (2013). *Collettiva-Mente. Competenze e pratica per le équipes educative*. SEI Scuola e Vita.
- Mollo G. (1996). *La via del senso. Alla ricerca dei significati dell'esistenza per un'autentica formazione culturale*. Brescia: La Scuola.
- Perlino A. (2013). *Competenza e deontologia degli educatori professionali. La ricerca di una soluzione sostenibile*. Lecce-Brescia: PensaMultimedia.
- Postic M., De Ketele J. M. (1993). *Osservare le situazioni educative. I metodi osservativi nella ricerca e nella valutazione*. Torino: SEI.
- Raniero R. (2008). *Viaggio verso l'altro. Comunicazione, relazione, educazione*. Roma: Armando.
- Sordelli G. (1994). Chiavi di lettura del lavoro di équipes. *Animazione Sociale*, n. 12/1994. Torino: Gruppo Abele.
- Trincherò R., Robasto D. (2019). *I mixed methods nella ricerca educativa*. Città di Castello: Mondadori Università.
- Veronesi U. (2012). *Il primo giorno senza cancro. Le battaglie che abbiamo vinto e che vinceremo*. Milano: Piemme Ora.
- Zannini L. (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini.

5. RISULTANZE EMERSE DALL'ANALISI DEL SECONDO QUESTIONARIO

Barbara Bruschi

*Se ascolto dimentico,
se vedo ricordo,
se faccio capisco.
Confucio*

67

A conclusione del percorso di stage è stato inviato via e-mail a tutti i partecipanti un secondo questionario¹ con quattro domande aperte per riflettere sull'esperienza vissuta. L'obiettivo, pertanto, era ripensare alla propria attività lavorativa e individuare le situazioni in cui si è contribuito dando qualcosa all'altro, portando a un livello più consapevole le risorse considerate, snodi critici e mettendo in evidenza le proprie *soft skills*. Anche per l'analisi del secondo questionario è stato utilizzato il *software Nvivo*² che ha permesso di mettere in luce le maggiori reiterazioni. Come si può facilmente desumere comparando i risultati dei due questionari, le risposte fornite dai professionisti al secondo sono state esigue in confronto a quelle pervenute dal primo. Infatti, i questionari pervenuti ai ricercatori sono stati 29 (13 *tutor*, 15 *tutee*, 1 *tutor-tutee*).

La domanda iniziale rivolta ai *tutor* è stata così formulata:
“Cosa penso di aver dato al *tutee*? In che modo ho lavorato?”

- 1 È stato somministrato, il quarto giorno e ultimo giorno di stage a medici oncologi e infermieri, mentre ad amministrativi, psicologi e farmacisti due giorni dopo la sua conclusione.
- 2 Le caratteristiche di questo *software* sono descritte nel precedente capitolo.

Dall'analisi quantitativa (Grafico 1) emerge una maggiore frequenza dei termini *confronto* (5), *cambiamento* (3), *condivisione* (3) e *riflessione* (3), totalmente assenti nei *tutee*. Tra i termini che accomunano le risposte dei professionisti, sono presenti: *organizzazione* (3 per i *tutor*, 2 per i *tutee*), *accoglienza* (2 per i *tutor*, 1 per i *tutee*).

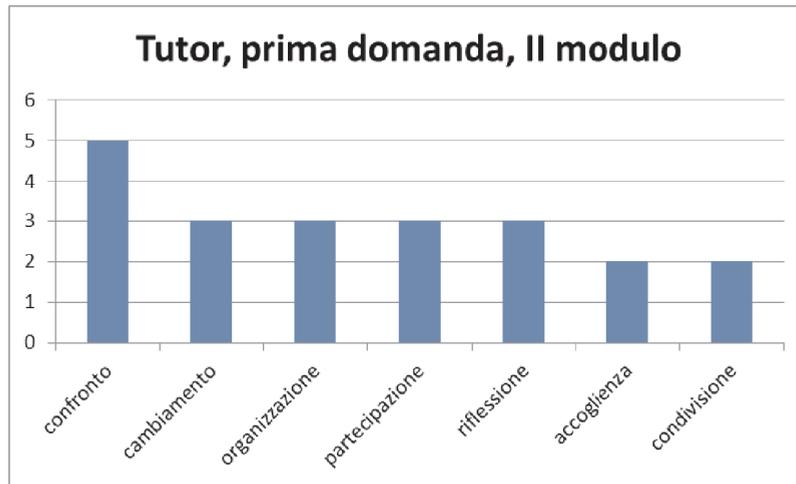


Grafico 1. Cosa penso di aver dato al *tutee*? In che modo ho lavorato?

Questi ultimi invece hanno risposto alla seguente domanda:

Cosa penso di aver portato al tutor con cui ho lavorato?

Dal Grafico 2 emergono con maggiore frequenza le parole *esperienza* (5) e *partecipazione* (5), mentre diminuisce la presenza delle parole *spunti* (2), *terapie* (2), e *conoscenza* (1). Mettendo a confronto le parole che accomunano le risposte dei professionisti, si evince come ci sia una ripetizione maggiore del termine *partecipazione* nei *tutee* (5) rispetto ai *tutor* (3), mentre in questi ultimi prevale il vocabolo *organizzazione* (3).

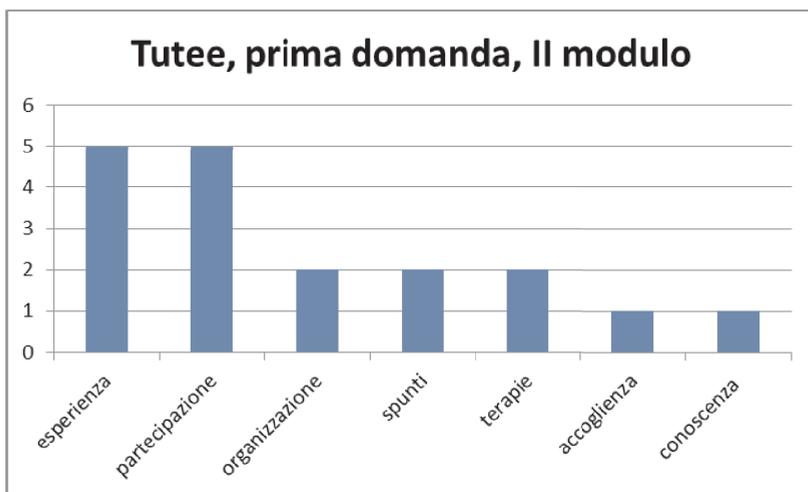


Grafico 2. Cosa penso di aver dato al tutee? In che modo ho lavorato?

Attraverso l'analisi qualitativa del secondo questionario, si focalizzerà l'attenzione sui termini non ancora presi in considerazione nel primo. Pertanto, si prenderà in esame il concetto di *partecipazione*, poiché è un obiettivo da perseguire, che dovrebbe essere maggiormente incoraggiato. Infatti: «*senza reti in questa società nessuno si salva: reti che offrono aiuto materiale ma anche beni immateriali come identità, fiducia di sé e degli altri, senso di appartenere alla società*»³.

Tutor Farmacista: "Penso di aver dato al tutee spunti di riflessione, di aver condiviso soluzioni a problemi analoghi esistenti nella mia e nella sua struttura, ma visti e affrontati da punti di vista diversi. Ho lavorato mettendo a proprio agio la collega, facendola partecipare all'attività quotidiana e condividendo con lei momenti di lavoro e di pausa".

Pertanto, ciascun soggetto per poter sviluppare le proprie potenzialità ha bisogno di entrare in relazione non solo con l'altro, ma anche con le risorse educative, sociali, aggregative, formative.

3 Cfr. Quaderni di *Animazione sociale*, (feb. 2016). Coltivare il desiderio di una città del noi. Edizioni Gruppo Abele, n. 2/298, p. 30.

Tutor Infermiera DH: “Ho lavorato facendola partecipare alla mia attività lavorativa giornaliera, sia quella programmata che le eventuali urgenze. Il primo giorno ho cercato di inserire la collega nel contesto lavorativo, lasciandole il tempo per ambientarsi e vedere la nostra organizzazione. I giorni successivi ho dedicato più tempo alla riflessione e al confronto sui metodi lavorativi. Insieme abbiamo cercato di vedere e capire in cosa siamo simili e in cosa divergiamo e il perché”.

Occorre ricordare, però, che l'uomo per poter riflettere deve percepirsi come soggetto e non come individuo, ovvero non pensato come numero o come categoria: «il soggetto esiste se è considerato tale ed è riconosciuto nell'intersoggettività, cioè nelle relazioni tra soggetti. Relazioni mutevoli che si dipanano e si tessono in modi e forme diverse, che si allentano e si rinnovano e proprio per questo richiedono rinnovati ri-conoscimenti»⁴.

5.1 La seconda domanda: cosa penso di aver ricevuto dal tutee / tutor con cui ho lavorato?

Con la seconda domanda, è stato proposto a *tutor* e *tutee* di ripensare a ciò che è rimasto dell'esperienza di stage svolta nelle giornate precedenti, in modo tale da riflettere sulle conoscenze e competenze sollecitate e sugli obiettivi raggiunti. Le domande sono state così formulate:

- “Cosa penso di aver ricevuto dal *tutor* con cui ho lavorato?”
- “Cosa penso di aver ricevuto dal *tutee* con cui ho lavorato?”

Come è possibile osservare attraverso un confronto con la precedente domanda, sono presenti sempre le medesime parole, fatta eccezione per il termine *collaborazione* (5 volte nei *tutee* e 4 nei *tutor*).

Tutor Oncologo: “Spero di aver trasmesso al tutee il forte spirito di gruppo e le dinamiche di collaborazione tra colleghi che ci permettono ogni giorno di portare avanti il lavoro su più sedi operative”.

4 Cfr. Quaderni di *Animazione sociale*, (nov. 2016). L'orizzonte della città del noi. Edizioni Gruppo Abele, n. 8/304, p.68.

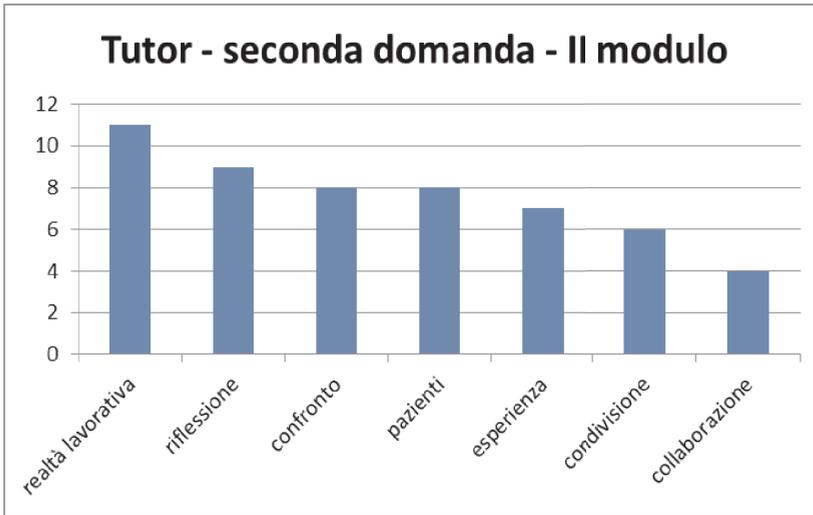


Grafico 3. Cosa penso di aver ricevuto dal tutor con cui ho lavorato?

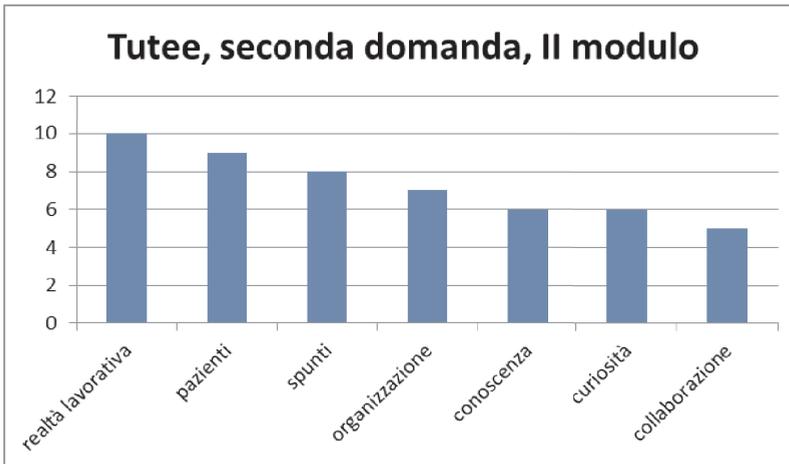


Grafico 4. Cosa penso di aver ricevuto dal tutee con cui ho lavorato?

Il termine collaborazione è «*intriso di riferimenti valoriali, è un termine carico di risonanze affettive e ci ricorda immediatamente piaceri provati, risultati raggiunti, ma anche fatiche, sforzi*» (Martini, Torti, 2014, p. 69). Si evince, inoltre, la speranza del *tutor* nell'essere riuscito a far sentire il *tutee* parte del gruppo di lavoro, per il raggiungimento di obiettivi condivisi:

Tutee Farmacista: “La voglia di collaborare per ottenere entrambi dei miglioramenti professionali. Descrivendo la mia realtà lavorativa di ospedale plurisede, con necessità di consegne delle terapie nei poli distaccati entro tempi utili per la somministrazione, penso di aver dato spunti per la conferma delle terapie il giorno prima della somministrazione”.

5.2 La terza e la quarta domanda: quali le sollecitazioni e i contributi?

In ultima analisi, vengono messe a confronto le ultime due domande poste a *tutor* e *tutee* per attuare una riflessione sul percorso di stage svolto.

<i>Tutor</i> , terza domanda:	<i>Tutee</i> , terza domanda:	<i>Tutor</i> , quarta domanda:	<i>Tutee</i> , quarta domanda:
Quali sollecitazioni-contributi ho proposto al <i>tutee</i> per promuovere in lui una riflessione sulla propria pratica professionale ed esperienza?	Quali sollecitazioni-contributi ho proposto al <i>tutor</i> e ai colleghi del contesto in cui ha avuto luogo lo stage per favorire in loro un ripensare ad alcuni aspetti della loro pratica professionale ed esperienza?	Quali comportamenti e sollecitazioni ha messo in atto il <i>tutee</i> che mi hanno indotto a riflettere sulla mia pratica professionale e sulla mia esperienza lavorativa e con quali risultati?	Quali comportamenti e sollecitazioni ha messo in atto il <i>tutor</i> che mi hanno indotto a riflettere sulla mia pratica professionale e sulla mia esperienza lavorativa e con quali risultati?
Informare sulla realtà lavorativa (4)	Informare sulla realtà lavorativa (8)	Informare sulla realtà lavorativa (9)	Informare sulla realtà lavorativa (9)
Accoglienza paziente (6)	Accoglienza paziente (5)	Accoglienza paziente (11)	Accoglienza paziente (12)
Confronto (5)	Confronto (3)	Confronto (8)	Confronto (10)
Cambiamento (3)	Cambiamento (2)	Cambiamento (5)	Cambiamento (5)

Partendo dalla terza⁵ domanda rivolta ai *tutee*, si evidenziano risposte che non vanno in profondità, in quanto non vengono espresse le modalità di confronto, scambio, grazie alle quali sono stati messi in atto processi riflessivi:

Tutee Infermiere CAS: “Il mio fare domande ha sicuramente fatto riflettere tutta l'équipe poiché stimolandoli a rispondermi hanno dovuto ripensare alla loro pratica nel quotidiano”.

Tutee Infermiera DH: “Durante lo stage vi sono stati vari momenti in cui è stato possibile un confronto e dialogo sulle diverse modalità organizzative ma con la consapevolezza che non sempre i cambiamenti si possono attuare”.

Entrare in rapporto dialogico significa: *«accettare che le proprie abitudini, le proprie istanze, le proprie dottrine e le proprie conquiste non abbiano carattere assoluto. Persino le “certezze” scientifiche non sono universali: vanno ricollegate alla cultura in cui hanno avuto origine, vanno prese in considerazione tenendo conto del tempo, dello spazio e della storia in cui sono inserite»* (Capra, 1984, p. 157).

In linea con quanto espresso, la stessa difficoltà si rileva dalle risposte alla quarta⁶ domanda pervenute dai *tutor*:

Tutor Infermiera DH: “In questa esperienza la tutee ha visto utilizzare presidi sanitari e apparecchiature diverse. È stata per lei un'esperienza in un contesto ambientale diverso (una regione con prevalente territorio montuoso, con una densità abitativa bassa) con una rete di assistenza territoriale molto efficiente e un 'piccolo' ospedale”.

Tutor Infermiera CAS: “L'ho informato sulle modalità organizzative, ho proposto spunti di riflessione per eventuale modifica della realtà lavorativa di provenienza”.

- 5 Quali sollecitazioni-contributi ho proposto al *tutor* e ai colleghi del contesto in cui ha avuto luogo lo stage per favorire in loro un ripensare ad alcuni aspetti della loro pratica professionale ed esperienza?
- 6 Quali comportamenti e sollecitazioni ha messo in atto il *tutee* che mi hanno indotto a riflettere sulla mia pratica professionale e sulla mia esperienza lavorativa e con quali risultati?

Per ciò che concerne la quarta domanda, invece, vi è stato un racconto più approfondito da parte di alcuni *tutor* e *tutee*, in particolare per ciò che concerne i risultati e i possibili cambiamenti attuabili nelle rispettive sedi:

Tutee Infermiera DH: “Mi ha fatto riflettere su quanto sia importante lo scambio di informazioni tra DH e CAS per ottimizzare il percorso del paziente e favorire lo svolgimento delle attività in questi servizi”.

Tutee Infermiera CAS: “Ho potuto seguire il percorso del paziente oncologico: dalla presa in carico assistenziale CAS alla partecipazione dei diversi GIC pomeridiani. Ho potuto osservare ed essere affiancata da un infermiere. L'organizzazione del lavoro che si effettua in DH oncologico e nel reparto di oncologia. Ho apprezzato moltissimo la possibilità di parlare con l'infermiere di ricerca che mi ha illustrato la propria attività all'interno dell'ospedale di Biella. Per quanto riguarda l'aspetto tecnico ho notato che la scheda di presa in carico assistenziale include anche il calcolo automatico del BMI. L'importante presenza dei volontari nel presidio biellese è stata per me una vera e propria scoperta che ho apprezzato. Ciò credo sia molto difficile da attuare presso la realtà dove lavoro però sarebbe un bel cambiamento”.

Riprendendo quanto espresso da Nosari, il cambiamento: «*non solo cambia, ma cambia nel cambiamento e attraverso il cambiamento. (...) Il cambiamento è la condizione di possibilità dell'educazione. Senza cambiamento non ci sarebbe vita, non ci sarebbe esperienza, non ci sarebbe educazione*» (Nosari, 2013, p. 6).

Il percorso di stage di Crossover, ha pertanto permesso di vedere da un altro punto di vista gli aspetti organizzativi della propria e altrui azienda, riflettendo anche sulle proprie pratiche di cura, così come riportato da alcuni *tutor*:

Tutor Infermiera CAS: “La mia tutee avendo più anni di esperienza lavorativa, mi ha fatto riflettere su come l'approccio al paziente sia cambiato, su come le diverse realtà lavorative possono omogeneizzarsi nei percorsi e procedure”.

Tutor Infermiera DH: “La tutee mi ha fatto riflettere che pur lavorando in ambienti diversi, la passione per il nostro lavoro è alla base di tutto, soprattutto in un contesto come l'oncologia. Ho condiviso con lei le stesse fatiche ed emozioni di vivere a contatto con esseri umani sofferenti. Ho percepito, sin dal primo giorno, come il suo modo di relazionarsi con l'utenza

era simile al mio, e come le era naturale “stare” con i pazienti e con il personale. Questo mi ha fatto riflettere che noi infermieri, anche se ci troviamo in un luogo diverso, non abbiamo difficoltà a prenderci cura delle persone”.

Per concludere, riprendendo quanto ci si era preposti di rilevare⁷, possiamo affermare che sono è stato corroborato positivamente, in quanto la reiterazione delle parole per *tutor* e *tutee* è stata pressoché la medesima, ed è emersa la difficoltà nell’attuare processi riflessivi sull’esperienza. Ciononostante, il progetto Crossover, ha consentito ai professionisti di entrare in realtà lavorative differenti, di conoscere nuove équipe e di scambiare punti di vista:

“Vedere e guardare non significano la stessa cosa David. Guardare è sempre un istinto di curiosità, vedere con gli occhi è ben altro. Ti fa capire molto meglio cosa c’è dietro l’aspetto delle cose semplici”.

Laura Lee, La donna di carta.

Riferimenti bibliografici

- Alastra V. (2016). *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione*. Italian Edition, Milano: FrancoAngeli, Edizione del Kindle.
- Bert G. (2007). *Medicina Narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Pensiero Scientifico.
- Bion W. R. (1972). *Apprendere dall’esperienza*. Roma: Armando.
- Capra F. (1984). *Il Tao della fisica*. Milano: Adelphi.
- Canevaro A., Chieregatti A., *La relazione di aiuto. L’incontro con l’altro nelle professioni educative*. Roma: Carocci.
- Martini E. R., Torti A., (2014). *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Roma: Carocci Faber.

7 Lo ricordiamo: – In che misura tutor e tutee hanno risposto alle domande ricorrendo agli stessi termini e con quale frequenza. – La sussistenza o meno di difformità nella messa in atto di processi riflessivi. Vi sono difformità da un punto di vista qualitativo, ossia i professionisti della cura presentano difficoltà nel mettere in atto processi riflessivi.

- Quaderni di Animazione sociale (feb. 2016). *Coltivare il desiderio di una città del noi*. Edizioni Gruppo Abele, n. 2/298.
- Quaderni di Animazione sociale (nov. 2016). *L'orizzonte della città del noi*, Edizioni Gruppo Abele, n. 8/304.
- Lee L. (2016). *La donna di carta*.
- Nosari S. (2013). *Capire l'educazione. Lessico, contesti, scenari*. Milano: Mondadori.

RISULTANZE EMERSE DALL'ANALISI QUALITATIVA DELLE INTERVISTE

Vincenzo Alastra, Alice Marazzato e Francesca Menegon

In questo capitolo vengono presentate le risultanze emergenti dall'analisi qualitativa delle interviste. L'illustrazione di dette risultanze viene accompagnata da una selezione di dichiarazioni fornite dai professionisti intervistati. Questa selezione dei passaggi più significativi ed emblematici è stata effettuata considerando le risposte fornite nei due periodi o fasi di somministrazione delle interviste (vale a dire: il secondo giorno della visita del *tutee* nella realtà ospitante e un mese dopo la conclusione del breve stage). Tali risposte sono state così accorpate sulla base della loro attinenza a nuclei tematici che, in corso d'opera, sono emersi come rilevanti e alle quattro aree tematiche, di seguito richiamate, intorno alle quali erano andate a strutturarsi le domande iniziali di ricerca¹.

A) Come vengono percepiti / significati e attuati / vissuti i ruoli da noi denominati (in senso molto lato) come *tutor* e *tutee*.

B) Quale valore / significato ha avuto questa esperienza per i partecipanti e quanto è stata o meno oggetto di riflessione e con quali risultati / effetti.

C) Quali le ricadute di tipo organizzativo e di tipo relazionale generate nelle singole realtà coinvolte e nella Rete.

D) Quali le possibili ridefinizioni di Crossover in sue future edizioni.

1 Si rimanda a quanto precedentemente dettagliato nel Cap. 3.

In merito a quest'ultimo punto si rimanda al capitolo successivo nel quale vengono tratteggiati alcuni orientamenti considerati utili per future ridefinizioni del progetto Crossover alla luce delle risultanze emerse dalle ricerche, di alcune osservazioni condotte nel corso dell'attività formativa propedeutica alla fase di crossover e, più in generale, dell'andamento complessivo del progetto.

6.1 Come vengono percepiti e attuati i ruoli di tutor e tutee

Il primo interrogativo di ricerca è legato a un elemento fondante il progetto Crossover, sia nella sua dimensione di sperimentazione di un'altra realtà professionale, sia nella sua dimensione di esperienza formativa di apprendimento. Questo elemento rimanda ai ruoli di *tutor* e *tutee* e alla loro interazione nel contesto del progetto Crossover. Dall'interrogativo di ricerca più generale relativo a come vengono percepiti e di conseguenza attuati i ruoli di *tutor* e *tutee* scaturiscono altri sotto-interrogativi, quali:

- Come si autopercepiscono il *tutee* e il *tutor*?
- Il *tutee* si vede come portatore di sapere o solo come “ricevitore”?
- Quanto il *tutor* percepisce se stesso come portatore di sapere-facilitatore di apprendimenti o assunto di un altro ruolo significativo?
- Il *tutee* vede il *tutor* come portatore di sapere-facilitatore di apprendimenti o solo come organizzatore, accompagnatore alla visita?
- Il *tutor* vede il *tutee* anche come risorsa formativa per se stesso? Quanto lo vede portatore di un'esperienza significativa?
- Quanto *tutor* e *tutee* percepiscono l'esperienza di stage come un'occasione di confronto alla pari?
- Come percepiscono il loro ruolo specificamente rispetto all'attivazione di processi riflessivi?

Naturalmente questo ventaglio di domande è stato quello che ha animato i ricercatori e che si è cercato di veicolare nella progettazione-realizzazione degli incontri formativi preparatori e negli strumenti di ricerca (questionari autosomministrati ed interviste ai partecipanti).

In questa operazione, la prospettiva di senso adottata dal gruppo di ricerca è stata quella per cui anche il *tutee* poteva / doveva essere considerato come portatore di conoscenze e di esperienze significative che avrebbero potuto, a

loro volta, attivare l'interesse del *tutor* e alimentare così apprendimenti anche in lui.

Purtroppo, dalle risposte dei *tutor* e dei *tutee*, non emerge questa varietà di significati.

Sicuramente i professionisti impegnati in questi ruoli si percepiscono come colleghi alla pari, che possono scambiare idee ed informazioni senza alcuna difficoltà, in una relazione informale fondata sulla reciprocità; colleghi che si percepiscono di pari posizione gerarchica e competenza, impegnati in uno scambio di idee e di informazioni proficuo.

Nelle dichiarazioni raccolte non vengono cioè attribuite all'uno o all'altro responsabilità di insegnamento (che peraltro sarebbero risultate fuori contesto, in quanto stiamo parlando di visite o stage brevi e non di corsi strutturati, contesti formativi d'aula, ecc.), ma nemmeno un ruolo attinente alla facilitazione di processi di apprendimento.

Tutee Amministrativa CAS: "Diciamo che abbiamo avuto uno scambio di idee, quando io le facevo vedere certe operazioni lei mi descriveva quello che era il loro modo di agire, per cui abbiamo avuto questo scambio lavorativo, di idee".

Tutee Oncologa: "... è molto utile questa cosa qua, nel senso che ti raffronti con delle realtà diverse. Quando lavori nel tuo pensi sempre non dico di far giusto ma che quello che fai sia la cosa più giusta".

Il confronto, in alcuni casi, viene vissuto come proficuo anche da parte del *tutor*:

Tutor Infermiera DH: "Non è una cosa a compartimenti stagni, dove emergono le differenze ci confrontiamo anche con le altre colleghe. Sulle differenze ci confrontiamo per capire ciò che è meglio e ciò che è peggio e cosa potremmo valutare di inserire presso di noi e cosa no, oppure se è possibile oppure no. Tante teste pensano meglio di una sola".

Tutor Psicologa: "(...) c'è uno scambio tra la mia realtà lavorativa e quella della collega per cui ci stiamo scambiando informazioni sul funzionamento dei relativi servizi e, quindi, è arricchente per lo meno per me ma penso anche per la collega da quello che mi ha detto".

Tutee, Amministrativa CAS: "(...) oltre ad aver insegnato io qualcosa a lei, anche lei ha insegnato qualcosa a me, quindi ci siamo confrontate ab-

biamo chiacchierato, qualsiasi cosa io le mostravo, mi spiegava poi come facevano loro, quindi un buon incontro”.

Un confronto che testimonia la voglia degli operatori di mettersi in gioco. In alcuni casi, l’arricchimento che deriva da questo scambio di informazioni sembra essere reciprocamente ascrivibile ad una relazione significativa fra i due operatori, assumendo forse anche una funzione di conferma e sostegno emotivo rispetto alle difficoltà vissute nello svolgimento del lavoro, come nel caso della seguente testimonianza di una coppia *tutor-tutee* di psicologhe.

Tutor Psicologa: “(...) si è instaurato chiaramente un clima alla pari in cui è stato possibile continuamente un confronto, sulla nostra operatività sostanzialmente, similitudini, differenze, quindi arricchente”.

Tutee Psicologa: “Il confronto è stato anche su alcune difficoltà, sul carico di lavoro enorme che abbiamo, sul riscontro, soprattutto nel mio caso che sono precaria, minimo rispetto al lavoro che faccio... e così è stato un po’ anche un momento di riflessione sulle difficoltà dovute al carico e al riscontro parziale”.

Per quanto concerne la percezione del ruolo, solamente un *tutor* e un *tutee* fanno riferimento esplicito a compiti e responsabilità organizzative riconducibili al ruolo assunto. Nelle altre testimonianze non emergono esplicite annotazioni al riguardo, tali cioè da distinguere l’operatore formalmente impegnato nel ruolo di *tutor* dal *tutee* e dagli altri colleghi della struttura ospitante.

Tutor Infermiere CAS: “(...) ogni operatore è stato disponibile a raccontare la propria attività e a dividerla con la tutee, quindi tutto sommato posso dire che gli operatori di tutto il Day Hospital alla fine hanno partecipato e quindi tutti quanti erano coinvolti. Di fatto c’era il tutor che svolgeva una parte, ma oltre tutto io, essendo il coordinatore, per alcune parti ho lasciato al professionista più esperto di quella specifica attività il racconto, l’approfondimento. Quindi comunque è stato un lavoro in buona parte d’équipe più che del singolo”.

Tutee Infermiere DH: “[il tutor] a seconda delle attività mi affida, affida la sua funzione di tutor all’infermiere che in quel momento è deputato a quel compito e quindi io posso solo che apprendere da più parti insomma. Poi col tutor c’è un continuo scambio di riflessioni”.

In conclusione, la permanenza del *tutee* presso una struttura ospitante sembra per il medesimo caratterizzarsi come uno scambio di informazioni² che avviene non solo con il *tutor*, ma anche con gli altri colleghi della struttura ospitante, in maniera molto libera e “paritaria”, in un clima complessivamente favorevole. Allo stesso modo, viene vissuta dai *tutor* la relazione con il *tutee*.

In sintesi, agli occhi del *tutee*, l'operatore *tutor* non pare assumere un ruolo differenziato rispetto a quello degli altri colleghi della struttura ospitante e non si riscontra una consapevolezza circa il proprio ruolo che vada oltre il considerarsi colleghi che possono esclusivamente scambiarsi informazioni inerenti le loro realtà operative, senza cioè minimamente percepirsi come possibili attivatori di processi riflessivi.

Nei passi seguenti si cercherà di analizzare le motivazioni di questa visione che non considera l'attivazione di processi riflessivi nel novero più ampio delle opportunità percorribili con le azioni e nei contesti relazionali che compongono il progetto Crossover.

6.2 Quale valore e significato ha avuto questa esperienza per i partecipanti? Ne hanno fatto oggetto di riflessione, e con quali risultati / effetti?

A un mese dalla conclusione della visita, solo in rari casi l'esperienza di crossover viene apprezzata e riconosciuta dai partecipanti come un'opportunità per pensare e riflettere intorno al proprio modo di operare.

Tutor Infermiere CAS: “Sono stato estremamente soddisfatto, come già l'esperienza dell'anno passato anche quest'anno si è confermato che il confronto con un'altra realtà, con altri operatori e con realtà differenti è sicuramente un'opportunità di crescita e di valutazione di quanto si fa abitualmente. La possibilità di avere la visione di un professionista esperto, che non è all'interno del [proprio] contesto, aiuta a vedere quelle cose sulle quali, di solito, non ci si sofferma... per abitudine... aiuta a ripensare un attimino a quello che si fa tutti i giorni... permette di cogliere un'opportunità”.

2 Cfr. Cap. 4 – paragrafo 4.2.

Questo infermiere dimostra di essere ben consapevole e soddisfatto dell'opportunità di prendersi una piccola pausa dalla routine e avere l'occasione di pensare a quello che fa, perché una riflessione in tal senso permette di cogliere delle opportunità.

Un'altra infermiera si sofferma sull'importanza che ha avuto per lei confrontarsi sui metodi di lavoro e vedere così confermata quella certa omogeneità di intenti che sostanzia un procedere come Rete Oncologica:

Tutor Infermiera CAS: "(...) abbiamo avuto parecchi punti di scambio rispetto al metodo di lavoro infermieristico, ed è stato importante, perché da una parte ha confermato che stavamo facendo bene, nel senso che stavamo lavorando tutti nella stessa direzione, quella che vuole la Rete Oncologica e dall'altra ci ha dato la possibilità di capire cosa sarebbe meglio in certi casi o cosa sarebbe meglio modificare, quindi un bello scambio".

Un infermiere dichiara di essersi posto nei confronti dell'esperienza "a mente aperta", sospendendo ogni valutazione sulla realtà ospitante, una condizione, questa, favorente possibili successive riflessioni.

Tutee Infermiere DH: "Io sono venuto proprio come si dice a mente aperta, senza pregiudizi... guardo, osservo e faccio le differenze, non ho una visione giudicante della cosa, nel senso: fate peggio, fate meglio. Sono aperto anche ad accogliere le differenze che ci sono (...) devo ancora capire bene..."

Vengono colte alcune differenze significative sul piano organizzativo fra le due realtà a confronto; differenze che, in alcuni casi, inducono gli operatori a pensare a come poter migliorare gli assetti organizzativi³. Questo aspetto verrà approfondito nelle sezioni seguenti del testo.

Tutee Infermiere DH: "(...) l'organizzazione fa tanto, nel senso che i pazienti c'è modo e modo per arrivare a... non che nell'Oncologia della mia sede non si faccia, si arriva lo stesso al bene della persona, è la fatica che ci si mette in più per un modello organizzativo ormai obsoleto adoperato rispetto a quello che vedo qui dove, con minor risorse umane, riescono a fare fronte a una mole di lavoro grosso modo uguale (...) sì, mi sta facendo riflettere".

3 Aspetto questo che conferma quanto già emerso nei questionari.

In un caso viene messo a fuoco come problema il fatto che sia troppo poco il tempo dedicabile e dedicato al pensare a ciò che si fa.

Tutor Oncologa: “Noi non abbiamo tempo di fare troppe riflessioni, purtroppo questo è un problema di tutti i medici in Italia, a meno che tu non lavori in un contesto ambulatoriale in cui con la mattina finisce la tua attività... mentre quando sei sotto organico, quando sei da sola...”.

Un farmacista, finito lo stage, dichiara di aver apprezzato l'atmosfera silenziosa della sede ospitante; aspetto, questo, che viene ribadito come particolarmente significativo anche a distanza di un mese.

Tutee Farmacista: “Allora... eh si questa è una bella domanda...[risata] (...) il silenzio... sono abituato a gestire situazioni in cui ci sono più persone (...) il rumore di fondo è un leitmotiv che mi accompagna la giornata. Quindi sì, per certi versi [questo silenzio] mi faceva percepire che non ero a casa mia, che non ero nel mio contesto, mi permetteva di concentrarmi e di rilassarmi e di non dover dire e pensare contemporaneamente”.

Si evidenziano, infine, due considerazioni importanti che riguardano la dimensione emotivo-esperienziale della professione: anche per un'infermiera con alle spalle una cospicua esperienza lavorativa la visita si è rivelata una circostanza ulteriore per riflettere sulle difficili condizioni di vita del paziente oncologico. Aspetto, questo, che è bene tenere sempre presente, in quanto condizione essenziale per poter vivere la relazione di cura e accogliere il paziente nel senso più ampio del termine.

Tutor Infermiere CAS: “(...) su alcune cose che uno a volte può dare per scontato e [ciò] fa emergere l'importanza della multidisciplinarietà, della interdisciplinarietà all'interno di questo gruppo, perché ognuno, per il suo, può dare il proprio contributo”.

Un'altra operatrice, questa volta amministrativa, mette in rilievo come lavorare in oncologia possa essere considerata una fortuna, perché il paziente oncologico è speciale, in quanto dà tanto e dona all'operatore la possibilità di entrare in contatto con la sua vita emotiva, di vivere un rapporto fecondo, fonte di apprendimenti importanti sul piano personale.

Tutee Amministrativa CAS: “(...) c'è il momento in cui si ride, si piange, si racconta e si ascolta l'altra persona... tante emozioni. Io dico che il pa-

ziente oncologico dona molto a noi operatori, a volte ci ringraziano ma siamo noi che dobbiamo ringraziare loro... ci insegnano tanto. (...) quando mi chiedono: – Tu dove lavori? – la mia risposta è: – Al CAS oncologico – e spesso mi sento dire: – Come fai, come lo vivi questo lavoro vedendo sempre sofferenza? – e io rispondo sempre la stessa cosa: – Imparo molto da loro, perché lo penso davvero –”.

Al di là di rari e generici riferimenti alla possibilità di ripensare la propria attività, dalla maggior parte dei partecipanti non sono emerse considerazioni puntuali sul valore della riflessione e nemmeno riflessioni significative particolari agganciate all'esperienza di permanenza presso un'altra struttura.

Molto probabilmente la posizione della maggioranza dei partecipanti al progetto Crossover è riconducibile a quella emersa dalla testimonianza di una *tutor* oncologa che ha detto di non riuscire a fare molte riflessioni, in particolare di non trovarne il tempo durante o fuori dal suo ruolo lavorativo. Questa mancanza cronica di tempo, dovuta in gran parte al fatto di trovarsi nel suo servizio sotto organico, l'ha portata a mettere da parte la riflessione sulla sua professione e a svolgere l'attività lavorativa senza pause e al meglio, per poi poter uscire il prima possibile dall'ospedale anche per motivi personali legati al lavoro di cura della famiglia.

Questa testimonianza è emblematica di una situazione che, quasi sicuramente, si riscontra in moltissime strutture e servizi sanitari.

Le riflessioni richieste ai partecipanti erano minime (scrivere qualche considerazione / riflessione partendo da alcuni stimoli scritti e rispondere a due brevi interviste telefoniche della durata media di una decina di minuti). Questi semplici compiti sono stati però percepiti come gravosi, proprio perché la realtà quotidiana, ad alta intensità di lavoro e in molti casi in situazioni di carenza di organico, porta i professionisti sanitari a negare e a negarsi gli spazi di pensiero sul proprio operato, con conseguenze in termini di perdita di capacità di pensiero critico e di preponderante messa in atto di automatismi e di pratiche professionali routinarie. Tutto ciò avviene nonostante il prendersi cura sia un lavoro che necessita, sì di alta professionalità e preparazione tecnica, ma anche di capacità di attenzione al paziente, di spazi e tempi adeguati e di qualità per poter esercitare un ascolto sapienziale, per poter rispondere ai suoi bisogni di cura in maniera personalizzata, prestando parimenti ascolto e attenzione alla cura di sé, alla cura del proprio pensare ed eserci nella professione.

Pochi sono stati i partecipanti al progetto che, rispondendo alle specifiche domande poste in merito durante le interviste, hanno riportato di aver in

qualche modo ripensato e fatto oggetto di riflessione l'esperienza di crossover vissuta.

Tutor Infermiere CAS: "... e la possibilità di avere la visione di un professionista esperto ma che non è all'interno del contesto aiuta nel vedere quelle che possono essere le cose che di solito, su cui magari non ci si sofferma o non si sofferma per nulla per abitudine e invece ripensare un attimino a quello che si fa tutti i giorni è sicuramente... permette di cogliere un'opportunità".

Tutor Infermiera DH: "... però riflessioni per un futuro, penso che è forse più stato l'opposto, almeno da parte del tutee mi sembra che abbia colto alcuni percorsi organizzativi che gli piacerebbe portare nella propria realtà."

Tutor Infermiera DH: "Ho ricevuto comunque molto a livello personale di carattere, mi ha messo alla prova, mi ha aiutato ad essere più spigliata..."

Tutee Farmacista: "Quindi noi che siamo stati ospiti della struttura ma anche la struttura che ha accolto le nostre parole, come momento di confronto ha sicuramente prodotto un momento di miglioramento. Vedere una stessa attività fatta in un luogo differente, è un modo anche facile per capire e poter trarre spunti per il lavoro, sebbene sia lo stesso ma non è mai eseguito nella stessa maniera, quindi si possono cogliere quelle piccole differenze che magari possono essere utili, e di conseguenza migliorare il lavoro".

Tutee Farmacista: "L'altra volta una delle cose di cui avevo parlato era il silenzio, e non capivo se era un aspetto positivo o meno... cioè da un lato era un aspetto positivo, cioè la tranquillità, dall'altra lo pativo un po'... in realtà sono più propenso per la prima, perché ho cercato di ricreare nel mio piccolo... di ricreare questo silenzio e ci sono riuscito. Banalmente è stato sufficiente chiudere una porta che prima era sempre aperta, così da potermi schermare un po' dai rumori. Per me sentire tanto rumore voleva dire c'è tanta gente che lavora, in realtà questo è stato un po' rivisto. Perché comunque mi ha fatto riflettere: era un motore spento o un motore silenzioso?"

Tutor Psicologa: "... c'è stato un supporto emotivo sicuramente e il fatto comunque di potersi confrontare anche sulle difficoltà che anche la collega poteva avere sul suo posto di lavoro è stato utile così per mettere un po' a distanza quello che stava succedendo in quel momento. (...) anche sulla possibilità di appunto non essere fagocitati da questo cambiamento ecco a livello emotivo perché appunto sono successe delle cose molto serie e che hanno cambiato completamente i connotati della nostra attività".

Dalla quasi totalità degli intervistati, non è emersa una predisposizione alla riflessione messa in atto prima della visita, una messa a fuoco di temi e pensieri sui quali praticare una riflessione.

Per quanto riguarda le opportunità di riflessione colte durante i giorni di stage, queste sono state molto sporadiche e nate per motivi diversi e in maniera del tutto casuale, senza cioè una esplicita propensione a far sì che ciò potesse avvenire.

Nella maggior parte dei casi, si sono aperti dei varchi in tal senso mentre gli operatori si trovavano a raccontare le proprie esperienze e realtà di provenienza, stimolando in se stessi e nell'altro curiosità, spunti per possibili approfondimenti e scambi di idee (soprattutto tra *tutor* e *tutee*).

Più raramente, i *tutee* si sono approcciati alla realtà ospitante avendo già in mente su quali aspetti focalizzare la loro attenzione, su cosa prioritariamente dirigere la loro osservazione e con quali obiettivi riferibili al miglioramento del proprio contesto lavorativo e, comunque, senza un apprezzabile e fecondo atteggiamento problematizzante in merito a tutto ciò.

Tutee Oncologo: "Da quello che succedeva. Le riflessioni scaturiscono da quello che vedo, non erano preimpostate diciamo, sono scaturite dal vissuto".

Tutor Farmacista: "Anche dall'esperienza passata perché ho lavorato anche in un altro ospedale prima per cui da quello che si faceva lì, da quello che vorrei attuare adesso qua, dagli input che sto ricevendo dalla persona che è qua".

Tutee Psicologa: "Beh, l'attività del trucco [attività rivolta alle donne pazienti oncologiche] ho proprio partecipato all'attività stessa. Ne avevo già sentito parlare ovviamente di queste attività, però non avevo partecipato direttamente e, quindi, l'osservazione di come si è svolta e della reazione molto positiva che hanno avuto le donne a questo intervento, è stato quello che mi ha colpito ancora di più devo dire. E poi altre cose sono dei racconti perché qui ci sono attività che un tempo si svolgevano e questo momento è un momento un po' di trasformazione e di cambiamento e quindi non tutto viene svolto come prima però il racconto è sufficiente per comprendere la positività di alcune cose".

Con quale atteggiamento intraprendere l'esperienza dello stage? Occorre tenere la mente "ingenua", in maniera tale da non tralasciare aspetti che potrebbero comunque rivelarsi utili e forieri di nuove idee e visioni? Oppure

può essere più produttivo prepararsi adeguatamente con quella riflessione che precede l'azione sopra accennata, mettendo preliminarmente a fuoco le proprie “domande di visita”, in maniera tale da ottimizzare la capacità di intercettare risposte utili, di ritornare sulle medesime domande per poterle riformulare alla luce dell'impatto con la realtà ospitante?

La predisposizione alla riflessione generatrice di nuove visioni richiede di riformulare i termini della questione, di uscire da questa proposta di alternative apparentemente escludentesi l'un l'altra, per coltivare entrambi questi atteggiamenti, per acquisirli come complementari e reciprocamente rinforzanti.

Si tratta di mantenere la mente sgombra, aperta alla possibilità di accogliere l'inaspettato, disponibile a formulare nuovi interrogativi e novità senza farsi prendere in maniera impellente dalla necessità di ottenere delle risposte operative, di ricondurre tutto a griglie predefinite. Occorre nel contempo acuire il proprio senso del vedere, per cogliere al meglio piccole soluzioni e buone pratiche sulle quali, magari, senza un'ottica preesistente non sarebbe possibile zoomare in maniera creativa.

Purtroppo, nemmeno nelle interviste condotte ad un mese di distanza, è stato possibile riscontrare un salto di livello rispetto alla messa in atto di una pratica riflessiva sull'esperienza vissuta dai professionisti nel corso dello stage.

Nelle risposte fornite alle domande volte a sondare questa dimensione i professionisti si sono limitati, nella quasi totalità, a dichiarare di aver comparato fra loro le due realtà venute a contatto grazie all'attività di crossover rilevando solamente somiglianze e differenze, senza con questo soffermarsi con una vera e propria pratica riflessiva su questi contenuti di pensiero. In pochi parlano di un confronto con l'altro professionista e/o l'altra realtà che ha fatto scaturire considerazioni e pensieri mossi dall'assunzione di nuovi punti di vista. L'attività cognitiva, in ogni caso, si ferma a questo primo livello, mai si arriva a dichiarare di “aver pensato i propri pensieri”, cioè ad aver condotto un'azione meta-cognitiva, una riflessione, appunto, nel senso più proprio del termine (Dewey, 1999; Mortari, 2002, 2003; Schön, 1983).

6.3 Ricadute di tipo organizzativo nelle realtà coinvolte e di tipo relazionale tra le persone che hanno partecipato al progetto Crossover

Per poter capire se il progetto Crossover avesse generato delle ricadute di tipo organizzativo nelle realtà coinvolte e di tipo relazionale tra le persone che vi hanno partecipato, sono state analizzate, principalmente, le testimonianze fornite durante l'intervista che si è svolta a un mese di distanza dal periodo di

crossover (39 rispondenti, 17 *tutor*, 20 *tutee*, 2 *tutor-tutee*) e, solo per alcuni aspetti, quelle rilasciate nell'intervista svolta il secondo giorno di stage (46 rispondenti, 19 *tutor*, 23 *tutee*, 4 *tutor-tutee*).

Nello specifico, l'analisi si è concentrata sulle risposte alle domande che indagavano se e quali spunti utili avesse fornito ai partecipanti l'esperienza di stage. Sono stati indagati in proposito più piani: quello operativo / organizzativo, quello delle relazioni interpersonali e quello relativo alle possibili forme di condivisione, da parte dei *tutor* e *tutee*, dell'esperienza di stage con i colleghi dei servizi di riferimento, e ciò al fine di valorizzare, trasmettere, condividere e forse anche aprirsi alla possibilità di sperimentare nuove buone pratiche nelle proprie realtà.

In relazione a questo interrogativo di ricerca, sono state analizzate anche le risposte relative a come i contesti di riferimento sono stati percepiti in rapporto fra loro dai partecipanti al progetto e alle loro aspettative (quelle nutrite prima di iniziare l'esperienza e quelle che hanno accompagnato lo svolgimento dello stage). Tutto ciò presupponendo che, rispondendo a questi interrogativi, *tutor* e *tutee* potessero parlare anche del confronto tra modelli organizzativi, tra pratiche diverse, etc.

6.3.1 *Le aspettative e la percezione della propria realtà in rapporto con quella dell'altro*

Sono stati soprattutto i *tutee* a evidenziare “aspettative” riferite alla nuova realtà che avrebbero visitato e molto meno i *tutor* in relazione alla realtà che avrebbero accolto. Praticamente non vi sono state risposte relative ad aspettative riguardanti possibili apprendimenti, spunti di riflessione e messe in discussione di propri approcci, routine e convinzioni.

Sia *tutor* che *tutee* non hanno espresso aspettative o considerazioni su come avrebbero agito il proprio ruolo o preso in esame i comportamenti dell'altro. Solo una psicologa si è espressa in merito a quanto avrebbero potuto essere impegnative l'esperienza e le connesse opportunità di apprendimento.

Tutee Psicologa: “Sì assolutamente, io avevo un po'... forse avevo dei timori rispetto... perché mi era stato anticipato che molte cose non le facevano più quindi avevo un po' timore che a parte assistere a un laboratorio sul trucco che poi ci sarebbero stati un po' dei tempi morti e in realtà non è stato affatto così perché questa mia tutor mi ha... a parte che è stata sempre con me, mi ha raccontato tantissime cose, pur non partecipando

alle attività abbiamo avuto momenti di scambio veramente fruttuosi, interessanti, anche nei momenti del pasto, cioè abbiamo sempre parlato sostanzialmente di lavoro come doveva essere, però l'abbiamo fatto volentieri e c'erano tante cose da raccontarci reciprocamente sulla sua realtà, sulla mia, anche certamente sulle problematiche perché loro ne stanno attraversando parecchie e, quindi, c'è stata anche una parte importante su questo, lei stessa però ha apprezzato anche il fatto che io sia stata ad ascoltare, c'è stato anche un aspetto un po' terapeutico, in qualche modo ho ascoltato e accolto anche un po' il momento, cioè le sue fatiche, il momento un po' critico attuale, quindi no le aspettative erano potesse esserci sì un apprendimento, una riscoperta di cose nuove da poter portare a casa e così è stato. Ora nelle aspettative, non so se l'ho segnato, comunque avevo e ho e avrei quella che poi qui si possa realizzare qualcosa di quello che ho visto e che mi è piaciuto, per il momento non so ancora dire”.

Per la maggior parte dei *tutee*, l'esperienza di crossover avrebbe corrisposto alle loro aspettative iniziali, anche se durante l'intervista la maggior parte di loro non ha dettagliato quali fossero. Si sono fermati a considerazioni superficiali legate alla sensazione di soddisfazione / interesse più o meno provata una volta terminata l'esperienza di stage.

Solo una partecipante ha formulato una considerazione più articolata, in cui ha provato ad analizzare e riflettere sulle proprie aspettative e anche su come e perché si fossero generate.

Tutee Infermiera CAS: “... ma aspettative diverse no perché era questo, anche perché poi quando avevamo fatto quell'incontro formativo si è parlato (...) Eh, quel dottore lì aveva detto, perché poi ci eravamo riuniti in piccoli gruppi ed era uscito quell'aspetto diciamo delle relazioni ecc. ha detto ma non aspettatevi queste cose qui, magari anche semplicemente un approccio, uno sguardo diverso è già qualcosa di utile e quindi lì aveva già, come si può dire, messo nella dovuta realtà le aspettative, ha capito? Le aveva un po' rese più realistiche ecco, non so se il termine è corretto, le aveva un po' insomma... ho riflettuto anche su quell'aspetto lì, ha capito? Per cui quando sono andata e quando sono tornata che sono uscita che ho finito di fare il mio stage... no le aspettative erano quelle e sono state queste via ecco”.

Alcuni *tutee* hanno riferito di essersi stupiti e di aver trovato una realtà ospitante al di sopra delle aspettative iniziali.

Tutee Infermiere DH: “Si sono modificate nel senso che sono rimasto molto stupito, cioè mi sono ritrovato, le mie aspettative erano leggermente più basse, invece lì ho trovato uno standard molto più elevato, quindi si sono modificate in quel senso”.

Tutee Infermiera DH: “Grosse aspettative... sì, sicuramente sapendo di andare in una realtà molto più grande... proprio il bacino di utenza è non so... più alto tantissimo. Le aspettative sì c'erano perché sicuramente pensavo di andare appunto in una struttura più grande e quindi qualcosa in più. Sono stata contenta nel vedere anche che comunque, cioè lavoriamo, a parte i numeri diciamo, però il lavoro è praticamente lo stesso, anche noi nel nostro piccolo ci comportiamo così, quindi le aspettative c'erano, poi alla fine il risultato è stato soddisfacente, penso per entrambi”.

Per quanto concerne la comparazione della realtà di provenienza con quella ospitante, sono stati nuovamente i *tutee* ad esprimersi in maniera più articolata e puntuale in quanto, a differenza dei colleghi *tutor*, hanno potuto contare su una presa di contatto sensorialmente basata con l'altra realtà, una modalità di conoscenza e diretta e non mediata solo dalle parole e descrizioni riportate dal collega.

Alla domanda specifica su quanto e sotto quali aspetti *tutee* e *tutor* immaginassero i contesti di lavoro dell'altro differenti e apportatori di saperi e di novità positive, le risposte si sono dirottate, ancora una volta, solamente su elementi fattuali, su quanto visto e fatto e molto meno su pensieri e spunti riflessivi vissuti intorno a interpretazioni, convinzioni, significati e modi di intendere la propria professione e realtà lavorativa.

Le risposte si sono quindi concentrate sulle differenze organizzative e di messa in campo di determinate pratiche di lavoro, soprattutto quelle derivanti dal fatto di avere o meno CAS e DH fortemente integrati fra loro e su quelle relative alle modalità di svolgimento dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC).

Tutor Amministrativa CAS: “Lei mi diceva che da loro, come CAS è impostato diversamente, noi ad esempio abbiamo il CAS nello stesso corridoio del Day Hospital dove abbiamo le stanze dove c'è l'accettazione sia del CAS che del Day Hospital mentre loro hanno una dislocazione diversa (...) per quanto riguarda la mammella, il polmone, quindi faccio già a monte e seguo il paziente per tutto il percorso. Mentre lei vede il paziente in accettazione, ma poi non lo vede più... perché è impostato diversamente”.

Tutee Infermiere CAS: "... ma sotto alcuni aspetti molto diverso nel senso che vedo proprio un lavoro qui prettamente burocratico segretariale e da noi invece più dal lato medico ecco, fai proprio l'infermiera, mentre qui diciamo che il lato infermieristico rimane un pochino messo da parte, ecco diciamo così, nel senso non fanno prelievi, non è un lavoro poi di pratica infermieristica ecco, burocratica ma non di contatto col paziente, non so, incanulare vene, fare prelievi, proprio fare la parte infermieristica ecco, qui esula proprio da quel tipo di lavoro ecco".

Tutee Infermiere CAS: "Ieri ho assistito ad un GIC del polmone, dove all'interno del GIC ci sono tutta l'équipe sanitaria medica delle varie figure specialistiche, e dove ci sono le varie figure infermieristiche e dove all'interno di questa discussione collegiale c'è anche il paziente; per me era la prima volta che vedevo una discussione collegiale dove non c'erano solo i tecnici sanitari ma era all'interno della discussione proprio il malato con la sua famiglia. Quindi ho visto una cosa per me molto coinvolgente dal punto di vista relazionale e anche molto educativa rispetto i processi, perché quando parliamo tra noi sanitari usiamo certi linguaggi, mentre con il paziente ho visto che il paziente ha compreso tutto ed ha potuto fare domande direttamente rispetto al suo stato di salute. Io trovo che sia un ottimo modo questo qui. È un'esperienza che mi porto a casa".

Altre testimonianze hanno riportato l'attenzione sulle differenze riscontrate tra le due sedi rispetto alla modalità di gestione di particolari procedure e l'attuazione dei percorsi terapeutici riguardanti i pazienti.

Tutee Infermiere DH: "... E poi c'è una questione invece di organizzazione sulla gestione del paziente e del ciclo che è l'esatto opposto di quello che facciamo noi, nel senso che qui il paziente arriva, fa il prelievo, fa la visita e attende l'ok per poter somministrare la terapia, invece noi siamo organizzati in un altro modo: il paziente viene oggi, fa il prelievo, fa la visita, poi va a casa senza attendere l'esito degli esami, se la visita non è permissiva gli viene già detto che non "ciclerà" il giorno dopo, mentre se gli esami che arrivano poi più tardi non sono permissivi gli si dà un colpo di telefono e gli si dice guardi gli esami non vanno bene, la rimandiamo di una settimana, se ci sono indicazioni particolari gli vengono date telefonicamente e questo evita le lunghe attese del paziente perché poi si parla comunque di mettere su gli esami alle otto e mettere su la terapia a volte anche alle dieci, dieci e mezza, quindi ha quelle due ore e mezza di attesa, che su cicli brevi può anche andar bene, ma quando si fa un ciclo lungo che dura sei, sette ore diventa poi effettivamente pesante, non solo per il pa-

ziente, ma anche per il collega che comunque va avanti nell'arco della giornata”.

Tutor Infermiere DH: “Però dal punto di vista organizzativo loro seguono molto di meno il paziente mentre nella mia posizione riesco ad avere una visione più completa, però in tutti e due i casi c'è poco confronto con i medici. Ci sono pochi momenti di condivisione, però non è una critica nei confronti dei medici perché loro sono oberati di lavoro però a causa di questi impegni saltano questi momenti di condivisione e riscontro comune che ho osservato anche con l'altra collega”.

Tute Infermiere DH: “Il modello organizzativo della sede che ho visitato è un modello organizzativo che auspico potesse prendere piede anche nella mia realtà (...) invece qui sono ancora fermi al modello organizzativo funzionale, quindi questo fa sì che ognuno si occupi di un pezzettino, mentre là la presa in carico del paziente dal punto di vista infermieristico è olistica. Poi qui a gran fatica perché, non per lodarsi per l'amor di Dio, ma perché collaboro con ottime persone, ottimi professionisti prendiamo in carico il paziente a 360°, noi proprio facciamo fatica dal punto di vista organizzativo a prendercene cura perché se il medico fa il suo pezzo, l'infermiere fa il prelievo e fino a tre, quattro giorni dopo non lo vedi più ci si perde per forza dei pezzi, chi spunta la cartelletta del medico è sempre e solo un infermiere e per tutti i medici, capisce bene che chi somministra le terapie sono sempre quelli, chi fa che cosa alla fine della fiera per forza di cose non si può seguire in modo completo ed esaustivo, al meglio, la persona, ma proprio per una carenza organica, poi ci mettiamo del nostro anche parlando con una persona ecc. tiriamo... però sempre con gran fatica e con una mole di lavoro abnorme ci mettiamo comunque del nostro parlando con una persona ecc. però sempre con gran fatica e gran ritardo perché la mole di lavoro è abnorme. Da noi la mole di lavoro è abnorme e noi siamo sotto organico”.

Tute Infermiere DH: “L'esempio è la gestione dei cateteri venosi centrali, in particolare la cosa che mi ha colpito perché è completamente diversa da quella che facciamo da noi è l'utilizzo dell'ecocardiogramma per verificare il corretto posizionamento del PICC, che è un catetere venoso centrale, mentre invece da noi utilizziamo la radiografia del torace e quindi, appunto, dal punto di vista del paziente, il paziente nostro viene sottoposto a radiografia del torace mentre il paziente loro fa semplicemente un'ecografia, quindi con risparmio di tempo, di risorse e di radiazioni anche, ecco. E questo è l'aspetto che vorrei sottoporre all'attenzione dei colleghi della mia sede”.

Tutee Psicologa: “Ad esempio mi ha colpito molto un clima di pariteticità, non è troppo sulle differenze questo, però comunque è un clima molto collaborativo in cui c’è uno scambio, anzitutto il fatto di vedersi a cadenza mensile, fare una riunione, quindi la possibilità di condividere anche delle riflessioni, anche una sorta di supervisione un po’ sui casi, l’ho trovato un aspetto interessante che noi invece non riusciamo a... cioè fino ad oggi non abbiamo questo momento formale in cui dedicare un’ora o due di attenzione anche ai casi che ci hanno toccato di più e comunque anche una parte proprio organizzativa e quindi già solo questo mi è sembrato un aspetto molto positivo da cui provare magari a prendere spunto e poi appunto mi ha colpito anche l’organizzazione rispetto alla presa in carico delle donne operate al seno e quindi c’è proprio una buona strutturazione della cosa, c’è una buona comunicazione tra il CAS e gli psicologi, quindi è una cosa un pochino più strutturata rispetto a noi ecco”.

Sono emerse anche differenze tra le sedi relativamente alle loro dotazioni strutturali che vanno poi a impattare, ovviamente, sulla gestione dei processi terapeutici e sui percorsi del paziente.

Tutee Infermiere DH: “Sì, gli spazi sono molto grossi, mentre nella sede dove sono stata, per esempio, c’è un corridoio dove non è neanche previsto un locale dedicato per la preparazione dei farmaci, che vengono preparati in corridoio, sul davanzale della finestra (...) Sì, ci sono alcuni accorgimenti che vengono messi in atto là che, per esempio, nella mia sede non vengono applicati con costanza, mentre invece là vengono sistematicamente utilizzati, per esempio l’utilizzo delle mascherine per fare delle medicazioni sterili e l’utilizzo dei camici, per protezione dell’operatore quando vengono applicate le chemioterapie ai pazienti”.

Tutee Infermiere DH: “Tanto per capire, qui hanno un’unica grossa stanza di somministrazione dove il personale è concentrato ma li ha tutti sott’occhio tutti insieme e questa è una bella cosa. Una cosa invece che a mio avviso siamo un attimino più avanti per quanto riguarda le somministrazioni è che la presa in carico della persona sottoposta a chemioterapia è affidata a quell’operatore infermieristico, quindi dall’inizio alla fine del trattamento chemioterapico la persona vede questo infermiere, cioè lo svantaggio di avere [come succede nella sede ospitante] un’unica grossa stanza in cui tutti [gli infermieri] sono lì per tutti però non è un rapporto uno a uno con la persona ok?”

6.3.2 *Gli spunti pratici / organizzativi significativi e giudicati esportabili presso la propria realtà*

La maggioranza dei rispondenti mette in evidenza un valore generale legato alla possibilità di confronto / raffronto con una realtà altra e con un professionista / collega che è portatore di punti di vista o di pratiche diverse. Sono soprattutto i *tutee* a esprimere qualche apprezzamento sulle buone pratiche osservate nel corso dello stage.

Pochi però dettagliano quali siano gli spunti operativi o organizzativi che hanno giudicato significativi a tal punto da poter tentare di trasferirli nella propria sede.

Ancor meno sono i *tutor* che dichiarano di essere venuti a conoscenza, grazie ai *tutee*, di pratiche significative dell'altra sede interessanti per essere applicate nella propria realtà. Questo è facilmente spiegabile con il fatto che è più difficile, come detto, riconoscere e quindi apprezzare il valore o la significatività di una pratica solo raccontata, rispetto ad una pratica che si sperimenta o si vede messa in atto.

Tutor Infermiera CAS: "Ma a livello macroscopico no, ma a livello micro ecco ci sono state sicuramente delle cose che ci hanno dato la conoscenza di cosa avviene da altre parti e che quindi mi ha dato la possibilità di ripensare quello che stiamo facendo noi, sicuramente il problema è... un conto è quando tu vai e vedi un altro è quando tu ascolti un altro che ti racconta mentre è lì per vedere lui ecco, quindi probabilmente, sicuramente non ho potuto cogliere delle cose che invece al contrario chi è venuto da me ha visto coi suoi occhi quindi ha potuto verificare un po' tutto ecco".

Inoltre, tra i pochi che dettagliano gli spunti operativi che hanno trovato trasferibili, gli intervistati (soprattutto *tutee*) spesso fanno presente alcune difficoltà legate all'attuazione di tali cambiamenti organizzativi. Pochissimi, una volta rientrati nella sede di appartenenza, si sono attivati in prima persona per cercare di portare le buone pratiche riscontrate. Come *tutee* risulta, infatti, più difficile farsi portatore e fautore del cambiamento poiché non si ricopre una posizione di coordinamento o responsabilità, per cui molti riportano di essersi limitati a valorizzare le buone pratiche incontrate nell'altra sede con il proprio coordinatore al quale competerà valutarne l'eventuale applicazione.

Un altro elemento di difficoltà in tal senso è dovuto al fatto che anche facendosi parte attiva e-o avendo al proprio fianco il proprio responsabile, spesso i tempi istituzionali necessari per i processi di cambiamento risultano

lunghe e questi tempi e resistenze sembrano favorire un abbandono dell'impresa prima di raggiungere il risultato o scoraggiarne addirittura l'avvio.

Tutee Infermiera CAS: "Spunti adesso devo dire la verità si entra nell'operatività... noi portiamo delle esperienze, ma poi riuscire a rendere reale quello che ci si aspetta di fare... sì è un po' più difficile ecco, però per lo meno ci si mette in discussione ecco".

Qualcuno fa notare che un cambiamento operativo potrebbe essere considerato il fatto stesso di aver intrecciato, grazie all'esperienza di crossover, delle relazioni più collaborative con un altro collega e di mantenere ed alimentare nel tempo tale scambio professionale.

Tutor Psicologa: "Modificato non ancora, nel senso che certe modifiche non sono realizzabili così a breve termine, sicuramente come le dicevo il confronto è arricchente, quindi ci siamo ripromesse di mantenere questo tipo di scambio, questo potrebbe essere una modifica insomma che prima non era modalità per noi usuale quella di raccordarci con altri operatori, quella di andare in altre realtà anche proprio fisicamente".

Le buone pratiche, le procedure e gli spunti operativi / organizzativi individuati, soprattutto dai *tutee* operanti nei CAS e nei DH, come importabili nella propria realtà sono stati per lo più quelli relativi alla modulistica utilizzata (schede infermieristiche o cartelle cliniche giudicate meglio strutturate e più funzionali o con parametri e indicatori ritenuti utili) e al materiale informativo sui percorsi terapeutici distribuibile ai pazienti nei CAS.

Tutee Infermiera CAS: "... la mia coordinatrice ha detto che implementeremo la scheda infermieristica, la nostra è completa sì, sintetica, però nella sintesi a volte perdiamo degli aspetti che potrebbero essere importanti e utili, quindi ci sarà un'implementazione, non so quando però lei ne ha preso atto e lo faremo, anche dato che c'è stato poi un incontro in un'altra occasione, per la Rete Oncologica, per la discussione e anche lo studio diciamo, aggiornamento delle schede infermieristiche di vario genere quindi faremo una cosa insieme ecco, metteremo a confronto la nostra con quella che è proposta dalla Rete e la incrementeremo anche in base a quella che ho visto là, ci sono degli aspetti che sono carini, potrebbe essere... questo lo avevo fatto presente, questo quindi ci sarà, non so quando, però quando i miei superiori avranno modo di... insomma io l'ho informata e quindi quando riterranno opportuno la amplieranno quindi perché noi come in-

fermieri CAS questo aspetto non lo possiamo fare perché saranno poi i tecnici informatici del centro informatico che ampliano la nostra cartella infermieristica, che è bella però per quanto riguarda la scheda può essere implementata questo sì, quindi questo senz'altro verrà fatto perché... però non so quando diciamo”.

Tutee Infermiera CAS: “... perché noi abbiamo anche la cartella informatizzata, praticamente... abbiamo preso quella della Rete e poi l'abbiamo messa informatizzata, usiamo anche il cartaceo però va beh è informatizzata e quindi si è dovuta anche un pochino adattare al programma, quello aziendale proposto, forse il nostro sotto certi aspetti è un pochino più carente, abbiamo le note, noi scriviamo a macchina, lo inseriamo nelle note e finita lì però se avessimo delle icone in più faremmo prima ecco, un po' più pratico”.

Tutee Oncologa: “... e mi è stata molto anche utile per la mia attività qua perché ha portato delle modifiche che ho visto da loro nella mia realtà, proprio nella gestione ad esempio della cartella clinica, della rilevazione di alcuni parametri che non venivano fatti e sicuramente un'esperienza molto positiva. Abbiamo modificato alcune parti della cartella clinica rispetto alla nostra che avevamo e anche abbiamo iniziato a fare determinate rilevazioni che prima non venivano fatte e dei parametri al giorno prima”.

In un caso, lo spunto per l'utilizzo di nuovo materiale informativo è stato portato dal *tutee* al *tutor* della sede ospitante.

Tutee Infermiere DH: “...fornirgli il nostro foglietto informativo da dare ai pazienti perché il loro la loro caposala l'aveva trovato troppo pesante, noi invece avevamo fatto il lavoro di snellire e di rendere un po' più fruibile questo foglietto illustrativo da dare ai pazienti prima dell'inizio della chemioterapia allora mi sono proposto, ho detto se volete vi posso mandare il nostro così potete prendere spunto e hanno detto ah ben venga così abbiamo un confronto da fare”.

Alcuni hanno molto apprezzato, nelle sedi dei CAS che hanno visitato, la presenza e l'apporto fornito da risorse non professionali operanti con funzione di supporto, di accompagnamento e facilitazione, come per esempio il volontariato molto organizzato e strutturato e operatori del patronato impegnati in sportelli a disposizione dei pazienti.

Tutee Infermiere CAS: “Però confrontandoci si può vedere dove migliorare, dove poter eventualmente sensibilizzare le risorse e per finalizzare anche le risorse; esempio nel CAS dove io ho fatto esperienza, c’era un servizio di patronato totalmente gestito da volontari con addirittura il legale che veniva sistematicamente, ovviamente non tutti i giorni, comunque c’era una consulenza legale del tutto gratuita per i verbali di invalidità, cosa che sarebbe bellissima attivare un po’ in tutte le ASL, così l’utente non dovrebbe andare nei patronati o dal medico di medicina generale per ottenere il verbale di invalidità”.

Tutee Infermiera CAS: “Rispetto alla mia realtà qui ho visto che c’è molto volontariato, (...) ci sono proprio le signore che, o i signori, diciamo che danno una mano molto importante, sia per quanto riguarda l’aspetto dell’accoglienza sia come lavoro di tipo amministrativo. Ho visto i volontari che mi hanno colpito ieri, degli approcci diversi al counseling che mi hanno colpito ieri, potrebbe essere utile anche per me”.

Dalle interviste sono emerse inoltre buone pratiche giudicate significative e da assumere nei propri contesti relative al miglioramento di processi organizzativi e procedure, come l’utilizzo di un codice colore per classificare le segnalazioni, il dotarsi di un sistema univoco per gestire le telefonate e dirottare correttamente il paziente all’interlocutore più adatto (medico, infermiere, ecc.) e modalità migliori per gestire la preparazione / validazione di terapie.

Tutee Infermiere DH: “Da parte loro invece stavano mettendo su un sistema univoco per la gestione delle telefonate, perché a quanto pare c’era un po’ di disorganizzazione quando un paziente in terapia telefonava in Day Hospital, non si capiva bene chi rispondeva, a chi passare la telefonata e tutto il resto e allora volevano sviluppare un flow chart, tipo triage di pronto soccorso così che con qualche semplice domanda si poteva capire subito se il paziente poteva essere... la telefonata poteva essere gestita da un infermiere o dal medico o se c’era addirittura l’indicazione di andare direttamente in pronto soccorso senza passare dal via, solo che è una cosa che era ancora in divenire, erano proprio solo in forma embrionale”.

Tutee Amministrativa CAS: “Il lavoro era un po’ diverso da ciò che faccio io, però ad esempio ho visto nei loro programmi delle cose diverse da noi, alcune segnalazioni fatte con un certo colore, accorgimenti che potremmo adottare anche noi”.

Tutor Farmacista: “Sì, sì, ci ha dato degli spunti, alcuni dei quali nell’arco di questo mese e mezzo li abbiamo già anche discussi. Uno degli spunti, ad esempio, di preparare il giorno precedente, le terapie confermabili laddove possibile”.

Tutee Farmacista: “Poi ho cercato di portare alcune metodiche anche qui da noi, per allinearci con le normative o comunque con le linee guida che attualmente non stiamo ancora applicando, quindi sono riuscito ad avere informazioni preziose”.

Tutee Farmacista: “... così come ci siamo confrontati sul sistema, dato che noi abbiamo lo stesso sistema informatico sulla preparazione delle terapie, abbiamo constatato come venga usato in modi molto diversi. Ha gli stessi paradigmi diciamo, in realtà viene usato in modo molto diverso. Quindi ci siamo domandati perché sia organizzato così, mentre noi siamo organizzati diversamente”.

Tutee Farmacista: “Su un quaderno mi sono appuntato un sacco di cose, adesso lo sto aprendo, per esempio il media fill che è un sistema di validazione della preparazione, oppure come preparano i colliri sterili... è stata un’esperienza a 360 gradi. Quindi sì, mi sono appuntato un sacco di cose... Ho fatto anche foto, perché mi piace immortalare, con il mio unico rammarico di non aver fatto una foto con il mio tutor, questo mi è sfuggito. Però ho fatto foto ad alcuni dettagli di particolare interesse, ora volevo trovare una mezz’ora / un’ora per far vedere e condividere con i miei colleghi perché parlandone a voce sono rimasti stupiti positivamente”.

Infine, sono stati individuati anche buone pratiche e spunti organizzativi rispetto ad azioni attuabili anche sul piano clinico (soprattutto da parte degli psicologi).

Tutee Psicologa: “Sì, sì di tipo clinico, che cosa si potrebbe utilizzare, anche nel nostro ambiente”.

Tutee Psicologa: “Sì, sì si penso ad esempio il lavoro... integrare di più la mindfulness, così come fanno loro con i pazienti oncologici, ma anche con gli operatori, una cosa che avevo già in mente ma non avevo mai realizzato e quindi l’ho vista un po’ all’opera e però mi piacerebbe”.

Tutee Psicologa: “Direi che siccome c’è stato un buon riscontro io adesso mi aspetterei nel luogo in cui sto io che si possa veramente utilizzare al meglio”.

quello che ho portato qua come esperienze, cioè sì, idee sulle quali poter sviluppare, sulle quali poter fare qualcosa. I processi sono lenti e non sempre semplicissimi, però ho cominciato a raccontare anche a delle persone sopra di me, i responsabili e ho visto in loro una risposta abbastanza positiva e di incoraggiamento di provare a vedere se alcune cose sono realizzabili e quindi compatibilmente col tempo a disposizione intendo poi cercare alcuni riferimenti che ho preso dalla mia tutor, contattarli e vedere se è possibile. Ad esempio il laboratorio del trucco poterlo attivare anche da noi, adesso siamo un po' troppo a ridosso già della fine dell'anno e credo che sia un po' complicato muoversi in questo momento, però iniziare a chiamare questo sì, sicuramente nelle prossime settimane e poi probabilmente da gennaio si può vedere un po' meglio cosa è possibile fare”.

Dal confronto con un altro professionista e con un'altra realtà, alcuni hanno evidenziato con soddisfazione come molti assetti organizzativi siano strutturati sostanzialmente in maniera simile, seguendo i modelli offerti dalla Rete, mentre altri hanno notato delle differenze, dovute alla specificità dei contesti.

Dalle risposte in tema di spunti operativi applicabili, sono per tanto emerse considerazioni anche sui modelli organizzativi più ampi che vengono applicati a livello di Rete (modello di organizzazione dei CAS, per esempio) oppure modelli organizzativi di assistenza applicati a livello aziendale (per esempio, il *Primary Nursing*).

Tutor Infermiere Degenza: “Sul piano operativo in realtà grandi spunti non perché un po' per come si è svolto e per come è la loro organizzazione era più improntato sul prendere spunto dal nostro modello organizzativo, quindi alla fine. Diciamo che è stato, come dire, un riscontro del fatto che il modello e le metodiche che stiamo applicando sono valide e utili ecco”.

Tutor Infermiera CAS: “... lei ha visto le visite col medico nostro, loro cioè non la vivono così perché loro non sono neanche partecipi durante le visite perché loro vedono la parte organizzativa, ma solo il minimo indispensabile perché a loro l'ammalato arriva quando in pratica ha già fatto quasi tutto, arriva da, cioè non è che tipo noi il malato viene preso in carico, viene da noi e noi facciamo tutto, la parte organizzativa e la visita medica, invece da loro il malato arriva quando il medico, lo specialista lo ha già visto in un altro posto, in un'altra sede, è tutto diverso. (...) No, cioè sono due realtà completamente diverse, poi per carità, cioè il succo è uguale però viene fatto in modi diversi e anche con regole diverse, poi io dico, la Rete Oncologica ha dato delle regole, però queste regole da quello che ci siamo

confrontate ognuno fa a modo proprio, cioè loro fanno visite a persone anche senza rilasciare l'esenzione 048 per fuori regione, vedono quando non è possibile, cioè è tutta una cosa un po' così. Però comunque la cosa è stata positiva, perché uno scambio va sempre bene perché uno può sempre trarre, quel poco che può trarre, lo può prendere e portare nella propria esperienza lavorativa".

Tutor Infermiera DH: "Si ci siamo un po' confrontati, loro fanno il Primary Nursing, noi no, però adesso iniziamo anche noi, visto che era già nei nostri pensieri, e proprio anche dall'esperienza sua, pensiamo di partire con questo Primary Nursing. (...) grazie anche alla sua esperienza, che ci è stata utile, abbiamo cercato di accelerare".

In conclusione, dalle parole dei *tutee* e dei *tutor* intervistati, si evince che l'esperienza di crossover sia stata sentita dalla maggioranza di loro come valida e positiva, soprattutto come occasione di confronto con un / una collega di una realtà diversa.

Per qualche professionista l'esperienza di stage ha anche aperto le porte alla conoscenza di buone pratiche, materiali informativi, strumenti e modelli organizzativi significativi che sono stati giudicati esportabili nella propria realtà. Pare, però, che solo alcuni siano riusciti effettivamente a trasferire queste buone pratiche o ad iniziare a porre le basi nella propria realtà per portare avanti questi cambiamenti.

L'esperienza e le buone pratiche riscontrate nella sede visitata sono state fatte oggetto di condivisione soprattutto con i propri coordinatori / responsabili di riferimento a cui è delegata l'eventuale attuazione e, in alcuni casi, con i colleghi della propria équipe, comunque sempre su una base di un'iniziativa e di un interesse personale, senza cioè una spinta e un incoraggiamento in tal senso per via gerarchico-organizzativa. Solo in rare eccezioni è stato dedicato un minimo spazio "di servizio" per la condivisione di questa esperienza.

Oltretutto emerge come tale condivisione a livello di servizio / *team* sia stata portata avanti più dagli infermieri, dai farmacisti, dagli psicologi e dagli amministrativi e molto meno dagli oncologi.

In sintesi, i professionisti partecipano ad un'esperienza di scambio come quella di crossover per osservare una realtà diversa, per verificare se corrisponde o meno alle aspettative che hanno su di essa ed, eventualmente e più marginalmente, per poterne trarre delle buone pratiche che vengono effettivamente presentate nella propria realtà, a patto che si riescano a superare alcune difficoltà.

Tra le motivazioni e le aspettative che caratterizzano i professionisti che hanno partecipato all'esperienza di crossover, sono minoritarie quelle connesse alla possibilità di innescare, grazie a ciò, apprendimenti ed entrare in contatto con pratiche e procedure applicabili e contestualizzabili nella propria realtà lavorativa. Mentre si presentano come del tutto residuali le motivazioni e le aspettative che attengono l'opportunità di riflettere sulle proprie premesse di senso, sui significati e sui pensieri che accompagnano l'agire nelle routine e, più in generale, il situarsi professionalmente nelle proprie realtà lavorative.

6.3.3 *La creazione / potenziamento di relazioni personali e il rafforzamento della rete relazionale*

Nelle risposte date nell'intervista svolta a un mese di distanza dalla conclusione dello stage è stato rilevato come l'esperienza di crossover sia stata un'occasione per promuovere, non solo qualche cambiamento operativo, ma anche relazioni interpersonali più soddisfacenti e/o rapporti organizzativi più funzionali tra le diverse realtà della Rete.

Quasi tutti i rispondenti hanno in proposito dichiarato la volontà di mantenere nel tempo i contatti con il *tutor-tutee* e-o la realtà con la quale si è entrati in contatto.

Ad un mese dalla conclusione degli stage, questi auspici e dichiarazioni di intenti evidenziano come i partecipanti abbiano interpretato l'esperienza di crossover anche come una buona occasione per tessere rapporti, per rinforzarli nel tempo e contribuire, così, a "fare Rete".

Questa intenzione consolida ulteriormente il fatto che i partecipanti abbiano valutato il rapporto instaurato con il collega *tutor / tutee* come un'opportunità di valore professionale, che merita di essere mantenuta nel tempo, che può dimostrarsi una risorsa utile per confrontarsi anche in seguito, in caso di dubbi, di cambiamenti organizzativi, di nuove procedure attivate nella propria realtà; una risorsa che, proprio perché fondata sulla conoscenza personale maturata grazie a Crossover, viene giudicata ora maggiormente disponibile e attivabile.

Tutee Oncologo: "Ma perché no? Penso di sì. Ovviamente gli impegni quotidiani miei e loro faranno sì che non ci siano dei rapporti molti frequenti però capita di vedersi a congressi, abbiamo i contatti reciproci quindi perché no?"

Tutee Oncologa: “Sì guardi, si perché mi sono trovata molto bene anche dal punto di vista così affettivo diciamo, sia con lui che con la sua primaria che è molto brava e anche con una collega con la quale sono stata una giornata e quindi ho i recapiti, ho mantenuto i contatti, quindi sicuramente quello sì”.

Tutor Infermiere CAS: “Era l’idea iniziale quindi assolutamente sì, come è già capitato con il corso dell’anno scorso è stato fondamentale in alcune situazioni poter gestire dei pazienti per i quali era necessario l’intervento di un altro centro, quindi assolutamente sì”.

Tutee Infermiera CAS: “Mi è capitato lavorando poi con la loro sede, di parlare proprio con loro per alcune necessità e ho intenzione di avvalermi di queste nuove conoscenze, rispetto a delle procedure o soltanto per cose brevi mi è già capitato di contattare il loro CAS. Sono sempre molto disponibili”.

Tutee Infermiera CAS: “Sì. Penso proprio di sì, anche la collega che è venuta qui ecco, ci siamo scambiate i numeri nel senso che l’altro giorno aveva bisogno di alcune cose per un suo paziente, mi ha contattato con più libertà ecco. Si sono facilitati anche i rapporti, cioè i contatti tra CAS e CAS, quindi ecco una positività, che forse questa cosa qui non... quando uno dice, si cerca il confronto, cioè non vede anche il lato positivo del conoscere le persone è che quando io chiamo l’altro CAS, io ho presente chi ho davanti. L’ho conosciuta e mi risulta anche più facile no chiedere delle cose in più, per carità uno lo fa sempre però anche il conoscersi è un aspetto che appunto facilita le relazioni anche proprio operative perché io che ne so dico, posso chiamare quel CAS e posso chiedere a loro come fanno, ho un paziente che è stato gestito lì e lo incarico io ecco, questo senso, quindi operativamente si sono facilitati i rapporti tra i CAS. Sicuramente questo aspetto è molto importante”.

Tutor Amministrativa CAS: “Sì, ci sentiamo, ed è bello perché adesso conoscendo le due realtà, siamo più conscie delle esperienze che facciamo e si è creato un bel rapporto, ed è bello sapere con chi stai comunicando”.

Alcuni contatti si sono proprio creati *ex-novo* grazie all’esperienza di crossover, altri si sono riallacciati dopo anni e hanno ridato linfa ad un rapporto professionale sopito, facilitando la possibilità di mantenere uno scambio (anche solo via *Whatsapp*) o di accordarsi per frequentare corsi e iniziative di aggiornamento insieme.

Tutee Psicologa: "... ci siamo anche scritte poi successivamente tramite Whatsapp insomma, la mia tutor devo dire che la conoscevo già perché abbiamo fatto il master insieme di psico-oncologia quindi... però negli anni ci eravamo perse, non ci eravamo più sentite, più contattate quindi per me è stato anche bello ritrovarla e condividere delle cose su un piano operativo, cioè di cose che lei fa e io stessa da parte mia ho raccontato di altre cose che faccio io con la mindfulness, con la meditazione che lei... a cui era interessata, quindi a livello di scambio devo dire che è andata bene".

Tutor Psicologa: "Sì, ce lo auguriamo entrambe, ci piacerebbe fare un approfondimento sull'arte-terapia sui pazienti oncologici e quindi talvolta magari un messaggino ce lo scambiamo con l'idea che se troviamo poi, troveremo un posto dove fanno un corso interessante potremo anche partecipare insieme".

Se si analizzano le dichiarazioni relative all'intenzione di mantenere i contatti, quasi tutte sono dichiarazioni positive, quando però si cerca di capire se ci sarà la possibilità / fattibilità di mantenere effettivamente nel tempo tali rapporti, i rispondenti evidenziano criticità o difficoltà. Alla fine emerge come sia più semplice o naturale mantenere o rinforzare i rapporti già attivi e rodati prima del crossover, aspetto questo ritenuto molto importante perché, tra sedi vicine, capita sempre più spesso di condividere casi e pazienti che possono spostarsi da una sede all'altra.

Tutee Amministrativa CAS: "No, non l'ho più sentita, perché non abbiamo troppi rapporti, forse mi era più utile andare in un CAS dove abbiamo più rapporti lavorativi. Forse lì avrei capito un po' meglio. Da noi, per esempio, è venuta una ragazza di Savigliano con la quale spesso abbiamo contatti telefonici ed è stato più carino, avendo dei contatti, è stato un modo per trovare dei punti in comune".

Tutee Infermiere CAS: "Veramente non ci siamo più sentiti, io mi sono sentita e sono in contatto con la collega che invece ha fatto lo stage qui da noi che però è all'ospedale Mauriziano, forse perché lei è più vicina, ci sentiamo per altre cose che sono al di fuori dell'ambiente lavorativo, con la collega di Savigliano dove ho fatto il CAS non mi sono più sentita, però devo dire che era una brava ragazza, simpatica, alla buona ... ci siamo trovate bene insieme".

Un elemento facilitante il mantenimento dei contatti è la conoscenza pregressa dovuta alla frequentazione di riunioni, di gruppi di lavoro o di altre occasioni di incontro e progetti promossi dalla Rete.

Tutor Infermiera CAS: “Ma sicuramente nel senso che io comunque conosco le altre sue due colleghe perché vengono in Rete quindi a maggior ragione, se fosse venuta solo lei così come l'altro anno è venuta solo la collega e basta, con cui praticamente non ho contatti perché non è un ospedale vicino a me, perché è una realtà molto piccola quindi non abbiamo le stesse caratteristiche ecc. Non c'è stata la possibilità di ritrovarsi nel tempo ma come dico, è lei che è venuta da noi e io non ho potuto andare da loro, mentre con la collega di Cuneo, perché come dico le due colleghe vengono alla Rete, bene o male adesso le conosco tutte e tre, quindi bene o male comunque ci potrà essere un maggior interscambio, sicuramente è un'esperienza monca fatta solo così... almeno questo è il mio parere”.

Tutor Infermiera CAS: “Sì, infatti ci siamo scambiate i numeri di telefono personali e le ho detto ci sentiamo, ho provato io a chiamarla però mi hanno detto che in quel periodo non c'era, che aveva problemi allora non l'ho disturbata sul cellulare a casa perché non volevo però penso proprio di sì, nel senso con gli incontri della Rete sicuramente ci rivedremo. Ma è stato positivo anche perché con questa collega ci siamo trovate bene, abbiamo avuto come dire un feedback buono, non è di quelle persone che uno dice “oddio adesso chi mi trovo, come...” No no è stato proprio come se la conoscessi da tanto tempo. No no è stato bello sono stati quei quattro giorni molto concentrati, molto tosti ma positivi, molto positivi”.

Nel valutare la possibilità di mantenere contatti nel tempo, un ruolo fondamentale lo gioca il passaggio da una conoscenza e frequentazione sulla base di interessi personali dei due professionisti, a un livello di rapporto organizzativo tra le due sedi o poli della Rete.

Ovviamente, come evidenziato da alcuni risponditori, questo salto di livello non dipende solo da loro, ma anche dai propri coordinatori e responsabili che possono più o meno sostenere e valorizzare questi primi contatti personali e agire nel tempo per rafforzarli, per mantenere viva la collaborazione fra le due strutture. Alimentare rapporti organizzativi solidi e continuativi necessita di una chiara volontà e motivazione poiché richiede energie e tempo da impegnare in questa direzione strategica.

Tutee Infermiera DH: “Sì, ci siamo scambiate il numero di telefono, è una cosa che ci si propone di fare, poi non so se nel tempo riusciremo a

mantenerla, comunque il rapporto è stato positivo, ci siamo trovati bene, all'interno del gruppo con gli altri infermieri, mi sono trovata bene; speriamo anche perché siamo sempre di corsa ma i buoni propositi ci sono, di sentirci perché è stata una bella esperienza”.

Tutee Infermiere CAS: “Questo... per me sì, potrei anche mantenere i contatti diciamo, sarebbero opportune delle... se ci sono dei lavori da fare, ha capito? Non so, dei lavori proprio tra aziende magari, io questo... non dipende da me, contatti umani così magari scrivo una mail di saluto quello sì senz'altro, non so per Natale, gli auguri, quelle cose sì, però poi i contatti tra le due aziende... tra gli infermieri di qua e gli infermieri del CAS dove sono stata, lì secondo me ci devono essere i superiori che possono organizzare degli incontri, dei corsi di aggiornamento o dei lavori insieme, degli scambi... sempre però per una crescita, ha capito? Potrebbe essere bello, bello però deve anche essere utile, ha capito? Perché se no c'è un dispendio di energie che è notevole, ci deve essere un buon progetto, un buon programma e la volontà di farlo... però deve essere... secondo me non è che posso farlo solo io, ha capito? Ci deve essere la volontà proprio delle due aziende secondo me”.

Dalle testimonianze e dalle considerazioni precedenti, si evince come l'esperienza crossover sia stata positivamente percepita da tutti e sia servita a creare e rafforzare relazioni anche a livello amicale.

Tutee Infermiere DH: “Mah per me ha avuto un valore molto alto devo dire, è stata una bellissima esperienza, sia per quanto riguarda l'aspetto professionale, che mi ha permesso di mettere in discussione in modo positivo alcuni aspetti dell'organizzazione del reparto, mettendoli a confronto con quelli del reparto che mi ha ospitato, sia a livello umano, che francamente è stata una bellissima accoglienza”.

Tutee Infermiera DH: “(...) mi sono messa in discussione (...) un arricchimento, un'esperienza di tipo personale e ovviamente professionale”.

Tutor Oncologa: “Un valore importante che sicuramente mi ha arricchito dal punto di vista culturale e umano”.

Livello questo che non va sottovalutato poiché può rappresentare comunque un buon presupposto per attivare relazioni e collaborazioni di tipo organizzativo: conoscere personalmente i propri interlocutori facilita i rapporti e i contatti ad esempio tra CAS quando si tratta di passaggi di informa-

zione, di gestione di situazioni o casi particolari, di confronti utili per la risoluzione di dubbi o domande.

Sicuramente, i rapporti e le collaborazioni organizzative fra le diverse realtà risultano facilitate dal fatto di percepirsi e riconoscersi simili, di verificare che si seguono procedure comuni e si applicano gli stessi modelli organizzativi, di avvertire un sentimento di appartenenza, un substrato comune rinforzato dalla cultura organizzativa della Rete.

E tutto ciò può essere rinforzato e trovare nuovo vigore grazie a esperienze come quelle di crossover.

Tutor Psicologa: "...ci siamo dette che sarebbe utile poter realizzare poi anche degli altri incontri nel futuro, cioè creare proprio una rete tra colleghi che lavorano nello stesso settore, questa è un'esperienza interessante ma, come dire... unica, è la prima volta che lo facciamo e poi bisognerà vedere se verrà riproposta e tutta una serie di cose, ma aldilà di questo a noi piacerebbe mantenere il collegamento con le colleghe delle altre realtà proprio per creare rete perché secondo noi è un valore".

In questi casi è allora possibile individuare un terzo livello relazionale: oltre a quello personale e a quello organizzativo tra le due realtà, emerge come rinfrancato dall'esperienza di crossover quello che si sostanzia nel sentimento di appartenenza alla Rete, nella condivisione di significati, nell'adozione di artefatti e pratiche che sono riconosciute come caratterizzanti e proprie della e dalla Rete.

Riferimenti bibliografici

- Dewey J. (1999). *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia.
- Mortari L. (2002). *Aver cura della vita della mente*. Milano: La Nuova Italia.
- Mortari L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Schön D. (1983). *The Reflective Practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass.

CROSSOVER: APPUNTI PER IL FUTURO

Vincenzo Alastra, Alice Marazzato e Francesca Menegon

In quest'ultimo contributo vengono presentati alcuni orientamenti riguardanti possibili cambiamenti e ridefinizioni che potrebbero interessare gli assetti organizzativi di future edizioni del progetto Crossover.

Tali ipotesi evolutive sono state pensate e messe a punto sulla scorta delle risultanze dell'indagine condotta coinvolgendo *tutor* e *tutee*, dei commenti, delle dichiarazioni e riscontri raccolti durante lo svolgimento e a conclusione del percorso formativo pensato a sostegno della successiva fase di crossover, e di altre annotazioni e osservazioni relative a comportamenti e feedback diversi registrati e condivisi dal *Team* operativo via via che si procedeva con la realizzazione del progetto.

Complessivamente, quanto maturato in tal senso consente di pronunciarsi, come dettagliato nei paragrafi seguenti, nello stesso ordine e in merito a:

- una strutturazione del percorso formativo preparatorio della successiva fase di crossover maggiormente approfondito e centrato sulle condizioni che favoriscono uno “stage apprenditivo” per i professionisti direttamente coinvolti, per generare altresì “ricadute” per le loro strutture di appartenenza e per la Rete nel suo insieme. In particolare si dovrebbe in futuro soffermare maggiormente l'attenzione su cosa significa e su come attuare una pratica riflessiva che possa accompagnare la preparazione, lo svolgersi e il ripensamento dell'esperienza di stage per i singoli operatori, ma anche per il loro gruppo di lavoro. L'azione formativa dovrebbe inoltre meglio preparare i professionisti in questione a un'assunzione più piena dei ruoli di *tutor* e *tutee* e proporsi maggiormente nella prospettiva di un percorso di formazione-intervento capace, appunto, di coinvolgere i loro *team* di lavoro;

- alcune, a questo punto conseguenti, ridefinizioni dell'impostazione del percorso formativo (tempi e modi di svolgimento, distribuzione temporale, composizione dell'"aula", ecc.) e del suo setting (accreditamento ECM o meno);
- un'auspicata ulteriore fase di ricerca, che potrebbe in futuro essere condotta in continuità con le azioni qui riferite, tenendo conto delle risultanze acquisite in questa prima fase perlustrativa e sostanzarsi nella messa in atto di procedure essenzialmente più snelle e partecipate, anche al fine di inserire questa nuova fase di ricerca nella cornice metodologica più appropriata della ricerca-intervento;
- cornici di senso, strategie e azioni comunicative che dovrebbero maggiormente configurare l'intero progetto – e tutte le attività che lo compongono (ricerca, formazione propedeutica, conduzione delle visite di crossover, riunione di *team* di lavoro, ecc.) – come un'azione che prende le mosse e si colloca nella vita organizzativa delle singole strutture coinvolte, cercando ancor più di dimostrarsi sinergica e compresa all'interno delle politiche di sviluppo della Rete.

7.1 Ripensare il percorso formativo preparatorio

Nel momento in cui si era pensato il progetto, si era consapevoli del fatto che anche i professionisti operanti in ambito oncologico, non diversamente dagli altri professionisti pratici (Alastra, 2015; 2016a; 2016b; 2018), non sono particolarmente avvezzi a una disciplina riflessiva (Mortari, 2002, 2003), alle pratiche, ai presupposti epistemologici e alle premesse che la sostengono, non riconoscono cioè immediatamente il valore aggiunto, quel "vantaggio riflessivo" che ne può derivare, e non percepiscono la competenza riflessiva come fondamentale all'interno della propria visione professionale.

Si era altresì consapevoli della necessità di procedere con una formazione specifica in tal senso (de Mennato, 21012a; 2012b; de Mennato et al., 2011) e, per questo motivo, si era inteso offrire ai professionisti partecipanti al progetto un percorso introduttivo / formativo iniziale articolato in due incontri, grazie ai quali, attraverso un confronto teorico e un'esercitazione di gruppo, si era perlomeno pensato di cominciare a trasmettere il senso e l'importanza di vivere l'esperienza di crossover con l'ausilio di alcuni strumenti favorevoli la riflessione. In altre parole, era chiara la finalità: aiutare e supportare i professionisti nella condivisione di un atteggiamento pensoso sull'esperienza che avrebbero vissuto.

Nonostante queste consapevolezza e questi intenti perseguiti con il breve percorso formativo, nel corso dell'indagine è emerso che i *tutee* hanno incontrato i contesti lavorativi che li hanno ospitati senza prima essersi calati in una propedeutica sosta riflessiva o aver elaborato un pensiero anticipatorio di una qualche consistenza particolare.

In maniera analoga paiono essersi comportati anche i *tutor*, che non hanno impegnato del tempo per elaborare particolari riflessioni intorno al loro contesto e a quello di provenienza del *tutee*, arrivando ad avanzare, come si dimostra ad esempio nella testimonianza seguente, anche qualche perplessità rispetto alle azioni formative condotte e ritenute ridimensionabili, paradossalmente, proprio a causa della percezione di una scarsa disponibilità di tempo "per pensare".

Tutor Oncologa: "(...) sarebbe bello poter pensare, poter riflettere magari per più tempo sull'esperienza vissuta ma... la mia unica proposta è di ridurre il tempo dedicato alla preparazione perché secondo me ne basta meno".

Quanto emerso dalle interviste e dai semplici questionari ha messo anche in evidenza quanto poco di detto lavoro preparatorio sia poi risultato effettivamente considerato e "utilizzato" nel corso dello svolgimento dello stage.

La messa in atto di questi semplici dispositivi andragogici "preparatori" non è sembrata quindi incidere particolarmente sullo svolgimento del crossover, e ciò nonostante la partecipazione ai lavori di gruppo si fosse dimostrata più che apprezzabile e i due gruppi (quello dei *tutor* e quello dei *tutee*) avessero prodotto delle griglie concettuali che avrebbero potuto supportarli / guidarli nell'assunzione più efficace e consapevole del proprio ruolo: i *tutor* si erano confrontati fra loro su alcuni aspetti sui quali avrebbero potuto concentrare l'attenzione dei loro *tutee* e quest'ultimi, da parte loro, avessero avviato una condivisione in merito alle motivazioni che li avevano spinti a visitare un'altra realtà, cominciando a scambiarsi qualche domanda orientativa per approcciarsi allo stage.

I due incontri formativi sono stati reputati di interesse, ma alcuni degli intervistati (soprattutto gli oncologi) li hanno giudicati sì utili, ma nel contempo condensabili in un unico incontro e comunque migliorabili, ritenendo, da parte di qualcuno, l'iniziativa formativa nel suo insieme comunque poco attinente al proprio profilo professionale.

Tutee Oncologa: "... sui due pomeriggi formativi... sinceramente forse ne basterebbe uno solo... secondo me si poteva tranquillamente unificare in una volta sola diciamo... per presentare il progetto".

Tutor Infermiera DH: "Magari, in quelli che sono stati gli incontri prima a Torino, oltre alle delucidazioni sulle varie tabelle del Crossover, spiegare meglio come funziona... o comunque dare suggerimenti a chi fa il tutor e a chi fa il tutee durante questi incontri...".

Tali considerazioni, unitamente ad altri indizi intercettati con lo svolgimento della ricerca, paiono confermare una cultura organizzativa ancora poco propensa e poco valorizzante la messa in atto da parte dei professionisti di pratiche riflessive intorno alla propria esperienza lavorativa (Alastra, 2015; 2016a), e si ritiene che proprio questa prospettiva culturale sia stata uno dei motivi che hanno indotto una parte degli intervistati a proporre la riduzione degli incontri formativi a una sola mezza giornata.

Inoltre, quanto dichiarato da questi operatori può essere considerato congruo con una più diffusa concezione dello stage inteso come un semplice incontro fra colleghi, un'occasione per presentare informalmente le proprie pratiche, per confrontarsi su di esse in maniera poco strutturata e quindi tale da non prevedere opportuni e definiti ruoli andragogici.

Alla luce di questi presupposti culturali, volendo rimanere nell'alveo epistemologico e concettuale di un'attività di crossover fondata su una più piena e proattiva partecipazione riflessiva, rimane allora quanto mai attuale e di non facile soluzione il problema di come strutturare un percorso formativo propedeutico all'esperienza di crossover, per fare in modo che possa cioè dimostrarsi il più possibile facilitante rispetto ai positivi processi apprenditivi che dovrebbero caratterizzarla.

Si pongono al riguardo diversi ordini di questioni.

Da una parte, detto percorso formativo propedeutico dovrà essere sicuramente più approfondito, vale a dire trattare in maniera più organica i temi centrali che attengono all'apprendimento dall'esperienza e alla necessità, per un professionista pratico (Schön, 1983; 1987; Mortari, 2013) di esercitare una disciplina riflessiva (Mortari 2002; 2003; 2008) sul suo agire lavorativo e su presupposti, pensieri, convinzioni e condizioni emotive che lo accompagnano.

Soffermarsi maggiormente sui temi dell'apprendimento esperienziale, della pratica riflessiva (Moon, 2012) e sull'apporto che può essere espresso in tal senso dal *tutor*, ecc. significa articolare il percorso formativo in più *step*, in-

contri e attività distribuiti secondo un piano coerente e organico maggiormente partecipato dalle diverse componenti della Rete.

Gli obiettivi formativi dovranno inoltre attenere all'accompagnamento dei *tutee*, ma anche dei *tutor*, a entrare in contatto con un'altra realtà, per coglierne e accoglierne i suoi aspetti distintivi.

Pertanto, si dovrà meglio definire il profilo di ruolo del *tutor* e del *tutee* e mettere maggiormente l'accento sulla competenza riflessiva – intesa come attività metacognitiva che va distinta dal generico pensare (Dewey, 1999) o percepire in maniera pensosa un fenomeno – che al riguardo entrambi i ruoli sono chiamati a esercitare.

Più in generale, questo rinnovato percorso formativo propedeutico dovrà mettere i partecipanti nella condizione migliore per ripensare la propria esperienza professionale e assumere un pensiero interrogante su alcuni dei suoi aspetti e su qualche pratica lavorativa opportunamente individuata.

Occorrerà quindi stimolare i professionisti in questione affinché possano alimentare la loro mente con opportune domande di ricerca (Mortari, 2009), individuare puntuali campi di interesse e focus di osservazione ben esplicitati e messi “in buona forma”, aiutandoli a dirigere contemporaneamente il loro sguardo – sufficientemente critico, problematizzante, curioso e interrogante – in più direzioni: verso la realtà ospitante, verso quella di provenienza, ma anche al proprio interno, sul proprio mondo di significati, sui propri presupposti e orizzonti di senso.

Si tratta, in questa visione, di promuovere la disponibilità e sensibilità necessarie per accogliere le emergenze, qui intese nella prospettiva del pensiero complesso (Ceruti, 1989; Morin, 1985; 1999), cioè quei fenomeni e quei pensieri che possono, appunto, emergere inaspettatamente, in maniera significativa e significante, anche solo perché il contatto con una realtà lavorativa differente dalla propria può facilitarne il loro palesarsi.

Non è realistico ritenere che questi obiettivi formativi possano essere adeguatamente perseguiti in un paio di incontri brevi.

Sarà necessario rivedere la modalità attraverso le quali andare a sostanziare detto percorso formativo preparatorio, che dovrà quindi risultare più “corposo” e nel contempo essere sostenibile.

Occorre più tempo da dedicare a una didattica attiva e coinvolgente, un tempo segnato da azioni formative e interventi ben distribuiti, articolati cioè su un arco temporale più ampio, e rivolti a gruppi non troppo estesi di professionisti, ricorrendo cioè a strumenti e ad altri contesti relazionali.

La dimensione laboratoristica si propone, in tal senso, come quella più idonea per costruire un'alleanza di significati con tutti gli attori coinvolti.

Quale ulteriore spunto da tenere presente con molta attenzione, va ancora sottolineato che l'adesione alla ricerca non è sembrata correlata alla partecipazione o meno al percorso formativo propedeutico allo stage¹.

Si dovrà allora prevedere di dare più spazio alla presentazione delle motivazioni che sostengono la necessità di fare ricerca in merito a questi temi.

Se si dovesse poi abbracciare, come auspicabilmente più avanti riportato, un'opzione metodologica più consona al paradigma della ricerca-formazione-intervento, ciò dovrebbe indurre ancor più i formatori a operare per una revisione complessiva dell'architettura e del senso stesso di questa attività formativa, a coinvolgere gli operatori a partire dalla messa a punto del disegno della ricerca.

Un'ulteriore opzione strategica più ampia potrebbe essere quella di fare in modo che, su questi fronti, si possa agire con più continuità nell'ambito delle politiche della Rete concertando detta strategia con gli altri soggetti chiamati a definire il Piano Formativo annuale.

Questo può voler dire pensare a come "disseminare", nei mesi precedenti l'inizio di un futuro progetto Crossover, interventi e contributi in linea con questi temi e obiettivi all'interno di altre previste iniziative formative.

Un'ultimissima annotazione attiene infine al fatto di valutare per il futuro l'opportunità o meno di accreditare al sistema ECM lo stage e le azioni formative propedeutiche al medesimo.

La necessità di mettere in agenda una rivalutazione in tal senso discende dall'aver raccolto in questa edizione manifestazioni di insofferenza per quanto concerne le procedure previste dal sistema ECM.

Inoltre, anche se il mancato riconoscimento dei crediti ECM renderebbe meno "attraente" la partecipazione al progetto, per altri versi un tale dispositivo giocherebbe a favore di una selezione dei partecipanti sulla base di un'ancora maggiore solidità della loro motivazione.

1 Ad esempio, è emerso che dei cinque professionisti che non hanno partecipato a nessuno dei due incontri formativi, soltanto uno non ha partecipato alla ricerca.

7.2 Carenza di soste riflessive e necessità di nuovi strumenti e di una prospettiva di ricerca-intervento

Dai professionisti operanti in ambito oncologico sono state espresse alcune perplessità sulla ricerca, sulle metodologie e sull'impegno loro richiesto, in termini di energie e tempo, per rispondere alle interviste e compilare i questionari.

Alcuni di loro hanno espressamente posto l'accento sul fatto che la ricerca, per venire incontro alle loro impellenti incombenze operative, avrebbe dovuto essere più snella.

Tutor Oncologa: "Mah allora l'unica cosa è di renderla [la ricerca] il più snella possibile perché noi non abbiamo tempo purtroppo".

Sempre su questa lunghezza d'onda si collocano anche le rilevazioni formulate al riguardo da un paio di psicologi nella relazione finale dell'accreditamento ECM e nelle risposte date alle interviste.

Tutor Psicologa [riferendosi alle procedure della ricerca]: "... le ho trovate forse un po' ridondanti, un po' che appesantivano anche un pochino la parte un po' così formale, burocratica che forse ecco, forse potrebbero essere un pochettino più snelle".

Tutee Psicologa: "Mi rendo conto che per un medico, per un infermiere parlare di certe cose è una novità assoluta, ma per gli psicologi è il pane quotidiano, il chiedersi, avere la consapevolezza di che cosa si andrà a fare, ragionare sulle aspettative, cioè... e quindi questi due incontri formativi iniziali secondo me sono... si dovrebbero snellire ecco".

Oltre a perplessità di questo genere, va poi aggiunto che i dati quantitativi riferiti alla partecipazione all'indagine (si veda il Cap. 3 – paragrafo 5) – unitamente ad altri comportamenti osservati nel corso dello svolgimento del progetto – evidenziano un ridotto livello di partecipazione alla ricerca.

Nessuna delle azioni che hanno sostanziato la ricerca (conduzione delle brevi interviste e somministrazione dei questionari) ha registrato una completa adesione e solo la metà dei professionisti ha partecipato a tutte. Inoltre, in qualche caso – dato questo comunque non trascurabile – è stato lamentato da parte degli interpellati un "eccessivo impegno burocratico" o un eccessivo tempo dedicato all'indagine e ciò nonostante fosse risultata oggettivamente

contenuta la durata delle interviste (le poche domande proposte hanno impegnato gli operatori per un tempo mai superiore ai 10 minuti).

Sebbene non sia riferibile a un numero significativo di operatori, tale atteggiamento critico deve essere comunque considerato con molta attenzione.

Questi rilievi problematici, a parere dei ricercatori, vanno imputati a più fattori.

In primo luogo non è stato possibile condividere con i soggetti interpellati, in maniera estesa e profonda, il senso e la significatività della ricerca.

La procedura seguita è parsa macchinosa e gli strumenti impiegati complessivamente migliorabili (vista la condizione pionieristica nella quale si è operato). Inoltre, tali valutazioni possono certamente discendere anche dal fatto di non essere riusciti a condividere appieno (come detto nel paragrafo precedente) il senso di una dimensione riflessiva che avrebbe dovuto maggiormente connotare il progetto e, quindi, il razionale della ricerca stessa.

Sicuramente non ha giocato a favore della piena partecipazione la distanza tra le intervistatrici e gli interlocutori dovuta al mezzo di contatto utilizzato: creare una relazione al telefono e in poco tempo è più complicato che di persona: la carenza di informazioni sul piano del linguaggio non verbale rende difficoltosa la co-costruzione di quella fiducia che si può più facilmente creare in un rapporto *vis-a-vis*.

Sempre in merito alla procedura di ricerca, sembra che le due interviste ravvicinate nel tempo, unitamente alla somministrazione dei questionari, siano risultate ridondanti. Inoltre, i soggetti intervistati al secondo giorno di uno stage che aveva una durata di solo quattro giorni hanno vissuto ciò come poco “produttivo”, lamentando per questo motivo il fatto di fornire risposte scarse.

L'appuntamento per l'intervista, anche se veniva comunque concordato, era spesso interpretato come un'interruzione inopportuna delle attività, un'incombenza da risolvere col minimo dispendio di risorse, più che come momento di confronto / approfondimento sull'esperienza vissuta. Inoltre, lo strumento dell'intervista telefonica rendeva problematico attuare opportune ed efficaci strategie comunicative chiarificatrici o motivanti.

Un ulteriore elemento da considerare, rispetto alla povertà di contenuti registrati nelle interviste, può essere infine connesso al fatto che, oggigiorno, un'intervista telefonica risulta invisa ai più, in quanto associata ad azioni di *marketing* sempre più vissute come invasive e fastidiose e, per questo motivo, fronteggiate con un atteggiamento poco responsivo, se non proprio apertamente osteggiante.

In definitiva, per il futuro sarebbe necessario valutare l'utilizzo di interviste

faccia a faccia, da tenersi in un *setting* dedicato e protetto, in maniera tale che possano sostanzarsi anche come pausa, uno stacco da dedicare alla riflessione sull'esperienza vissuta, eventualmente accompagnando dette interviste con la conduzione di *focus group* coinvolgenti *tutee* e *tutor* che possano altresì consentire di pervenire a riflessioni condivise e reciprocamente stimolanti.

7.3 Proposte di miglioramento legate alla struttura del progetto e all'organizzazione degli scambi

Dalle interviste e dalle relazioni finali, compilate dai partecipanti ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM², emergono delle indicazioni in relazione a possibili miglioramenti da apportare al progetto Crossover per eventuali edizioni future.

Un primo problema attiene alla distanza fra le sedi di appartenenza delle coppie di *tutor* e *tutee*.

Durante le giornate formative introduttive, era stato ulteriormente esPLICITATO che un criterio importante da seguire per la formazione delle coppie sarebbe stato quello della vicinanza delle sedi di provenienza³ (possibilmente, distanti a non più di un'ora per la copertura della distanza tra le sedi).

Ciò nonostante, alla prova dei fatti non è sempre stato possibile rispettare questo criterio in quanto, come successo anche per le passate edizioni, molte sedi fra loro vicine e/o facilmente raggiungibili (ad esempio quelle di Torino) non hanno dato la loro disponibilità a differenza delle sedi più periferiche (come Cuneo o Biella). Questo ha comportato qualche disagio per alcuni *tutee* per via del fatto di dover necessariamente pernottare fuori casa.

Anche se tale condizione svantaggiosa non potrà essere superata senza l'adesione di più sedi va comunque tenuta in conto in relazione a future esperienze.

Tutor Infermiera CAS: "(...) questa mia collega era lontana e c'è stata difficoltà perché comunque, tra treni, una cosa e l'altra c'è stata difficoltà ad

- 2 L'accreditamento ECM è relativo allo stage inteso quale percorso di Formazione Sul Campo.
- 3 Oltre al criterio della vicinanza si è tenuto conto dell'appartenenza allo stesso profilo professionale e al fatto, per gli infermieri, di operare nello stesso contesto (CAS, Day Hospital o Degenza).

arrivare qui. Occorre considerare anche la distanza, senza andare oltre tot chilometri perché poi diventa difficile gestire il tutto, poi lei ha preso anche un giorno che c'era lo sciopero, non c'erano i treni, si è dovuta far portare, un pasticcio... comunque l'abbiamo fatta".

Circa cinque persone indicano nella propria relazione quale elemento migliorativo del progetto il fatto di poter ripetere lo scambio con lo stesso collega, ma a ruoli invertiti (chi prima era *tutor* diventa il *tutee* e viceversa)⁴.

Questo tema è emerso anche dalle testimonianze raccolte durante le interviste a un mese di distanza dall'esperienza di crossover.

Tutor Infermiere CAS: "Rispetto all'esperienza una domanda che ci siamo posti era se è meglio poter fare un confronto centro con centro... se poteva essere un valore aggiunto oppure no. Ragionando non ho trovato una risposta perché ci sono aspetti positivi e negativi in entrambe le modalità di esecuzione, quindi non so può essere uno spunto cercare di capire se è più vantaggioso... ci sono appunto delle opportunità in entrambe le soluzioni".

Tutee Infermiere DH: "(...) a mio avviso sarebbe utile uno scambio alla pari... come struttura ospitante e ricevente dovrebbe essere sempre la stessa (...) le stesse cose osservate da tutor e da tutee... fa sì che non possano venire alla luce realmente quelle altre cose che non... non colte magari da una sola parte".

Alcuni professionisti hanno avanzato proposte relative a possibili estensioni del progetto, sia dal punto di vista della possibilità di consentire una attività clinico-assistenziale al *tutee* nella sede ospitante, sia per quanto concerne un allargamento ad altri tipi di professionisti che, ancora, un'estensione dell'ambito territoriale (avere la possibilità di coinvolgere realtà extra regionali).

Un oncologo, per esempio, ha proposto di introdurre la copertura assicurativa nelle prossime edizioni in modo da permettere al *tutee* in visita di svolgere lo scambio anche praticando l'attività professionale nella sede ospitante.

4 Sicuramente, garantire questo doppio scambio comporterebbe alcune criticità, quali per esempio il raddoppio dei costi poiché i periodi di Crossover diventerebbero due per ogni coppia. Per questo motivo tale modifica andrebbe valutata e approfondita sia dagli organizzatori che dalla Rete Oncologica.

Anche un'infermiera del Day Hospital avanza la proposta di organizzare uno scambio più operativo.

Tutee Infermiera DH: "L'unico problema per chi va a fare questo stage è il fatto di non poter fare niente, il discorso della sola osservazione, anche se chiaro dall'inizio, è comunque un po' imbarazzante. Il fatto che tu sei lì che ascolti e chi ti accoglie... è come se si sentisse osservato e magari giudicato, anche se non è così (...). Sarebbe forse meglio poter anche fare oltre che osservare".

Alcune persone, soprattutto psicologi e farmacisti, hanno giudicato come troppo breve la durata dello scambio crossover (che per la loro professione era di sole due giornate), mentre solo un'infermiera *tutor* ha valutato come troppo lungo il periodo di visita di quattro giornate per gli infermieri.

Tutor Infermiere CAS: "Forse quattro giorni di questa esperienza per uno che lavora già nell'ambito sono troppi, se devo essere sincera".

Due farmacisti durante le interviste hanno proposto di estendere la partecipazione al progetto anche ad altre figure professionali legate alla preparazione dei chemioterapici (infermieri e tecnici di laboratorio).

Tutee Farmacista: "Un auspicio che ho scritto anche nella relazione è che il progetto possa essere esteso anche agli infermieri e ai tecnici che preparano la chemio, proprio perché essendo un lavoro così peculiare, potrebbe essere estremamente utile anche per loro entrare in contatto con realtà diverse, dato che ne hanno molto meno la possibilità rispetto a noi farmacisti".

Tutor Farmacista: "Estendere questa esperienza anche ai tecnici di laboratorio, che lavorano nelle cappe oltre agli infermieri di reparto. Secondo noi sarebbe utile coinvolgere i tecnici preparatori".

Sempre dagli psicologi è emersa infine la richiesta di estendere a un ambito territoriale più esteso l'opportunità di scambiarsi visite.

Tutor Psicologa: "A me sinceramente piacerebbe frequentare anche altre strutture al di fuori della regione perché dentro la regione conosciamo tutti e informazioni su cosa fanno gli altri Servizi le abbiamo, quello che mi interesserebbe, a me personalmente, è avere la possibilità di... magari frequentare dei posti dove invece ci sono delle pratiche che sono strutturate da tempo e che mi piacerebbe approfondire".

Tutor Psicologa: “(...) pensare non a due giornate piene, ma anche suddividere nell’arco dell’anno... delle mezze giornate, oppure delle cose che creino un po’ più di continuità... però non so quanto sia facilmente realizzabile ecco. Si anche lo scambio con altri colleghi, cioè con altre figure professionali”.

Chiaramente, a seconda delle proposte qui avanzate sarebbero da considerare questioni organizzative, burocratico-amministrative, assicurative, ecc. diverse e valutare sia questioni di opportunità che di fattibilità, anche tenendo conto delle risorse economiche da mettere a disposizione da parte della Rete Oncologica, delle disponibilità delle sedi interessate, di un procedere condiviso e partecipato.

7.4 Verso un altro assetto complessivo del progetto

Tenendo conto di quanto fin qui annotato, può essere presa in considerazione l’opportunità di approdare a un nuovo assetto complessivo del progetto, intraprendere cioè un vero e proprio cambio di rotta, concretizzando un futuro Crossover, potenziando soprattutto le attività di confronto / lavoro in gruppo. La visita a un’altra sede o il periodo di breve stage verrebbero pertanto a rappresentare una tappa avanzata, se non conclusiva, di un percorso insistente su tutto un *team* di lavoro: un gruppo di colleghi impegnato, in diverse attività, riunioni, ecc., dedicate a mettere a fuoco criticità, punti di forza, caratteristiche salienti di un loro determinato contesto organizzativo, a “rimettere mano” su determinate pratiche ritenute significative (anche pratiche di eccellenza, non necessariamente con carattere di problematicità) che andrebbero analizzate con lo spirito di essere comparate con quanto accade in altri contesti, per ricavarne spunti migliorativi, conferme di senso, intrecci, appunto, di significati.

Tale percorso potrebbe essere organizzato nei termini di gruppi di lavoro, che potrebbero anche evolvere in vere e proprie comunità di pratica (Wenger e Snyder, 2000; Wenger, 2006; Wenger, Mc. Dermott e Snyder, 2007; Alastra, Kaneklin e Scaratti 2012) composti da professionisti anche di diverso profilo; gruppi che dovrebbero coagularsi anche e-o soprattutto sulla base di interessi specifici della Rete, su tematiche sentite dai partecipanti come problematiche aperte, questioni per le quali venga ritenuto necessario e significativo un confronto fra gruppi e colleghi di altre sedi, anche al fine di tracciare

nuove linee di indirizzo, o anche importanti conferme, per la vita organizzativa e lo sviluppo della Rete.

Questi percorsi dovranno differenziarsi rispetto agli altri contesti di studio e rivalutazione già attivi nella Rete⁵.

Realisticamente, è ipotizzabile che ogni gruppo di lavoro possa procedere per circa un anno, vedere partecipanti provenienti da più sedi incontrarsi di persona un numero ristretto di volte (ad esempio, 4 / 5 incontri) ed essere accompagnato da una o più visite brevi individuali e-o condotte in forma di piccole delegazioni (soprattutto nelle fasi avanzate dei lavori), come opportunità di scambio e di presa di contatto diretto con alcune pratiche e contesti organizzativi.

Il percorso di queste unità di crossover dovrebbe essere accompagnato da esperti / facilitatori che supporterebbero i partecipanti al gruppo nel confronto e nella emersione / strutturazione di momenti di messa in buona forma delle esperienze in questione e di messa in atto di opportuni affondi riflessivi, anche preparatori e-o conseguenti le citate “visite aziendali” presso le sedi partecipanti al progetto.

Per aggregare operatori e gruppi sarà necessario utilizzare forme di comunicazione e strumenti (snelli questionari) volti a indagare tra i professionisti della Rete quali sono i temi organizzativi che sentono come più significativi.

Il questionario potrebbe essere strutturato prevedendo una lista di temi / problematiche sui quali chiedere ai professionisti di esprimersi (grado di interesse personale, grado di salienza rispetto alla propria sede, ecc.) e una parte “aperta”, per dare la possibilità di censire ulteriori problematiche, obiettivi, ecc.

Tutto ciò dovrebbe permettere a un “tavolo di regia” partecipato di organizzare iniziative formative *ad hoc*, concertare via via la composizione dei gruppi, individuare i temi da porre in agenda e le possibili forme di condivisione dei saperi e degli *output*, prevedendo, ad esempio, occasioni di partecipazione allargata quali un convegno annuale dedicato a ciò.

Queste ultime considerazioni conducono sostanzialmente alla questione generale fondamentale concernente il come procedere in una cornice più partecipata, in maniera tale che possano essere meglio definiti insieme, tra tutti

5 Si fa qui riferimento ai Gruppi di Studio della Rete focalizzati maggiormente su questioni relative alla dimensione clinica e diagnostica strutturati come spazio di confronto continuo volto all'elaborazione di documenti di consenso che, una volta validati, vengono diffusi a tutti i 23 GIC della Rete.

gli attori chiamati in causa, il razionale e gli obiettivi formativi e organizzativi di un futuro progetto Crossover, rendendoli ovviamente coerenti e sinergici con le politiche di sviluppo della Rete e tali da legittimare e monitorare il conseguente cospicuo investimento in termini di tempo, energie e coinvolgimenti personali.

In questo scenario, naturalmente, il progetto potrà avviarsi solamente grazie a un importante sostegno della Direzione della Rete e solo a condizione che vengano a supportarlo le altre necessarie favorevoli condizioni di contesto richiamate in questo capitolo.

Riferimenti bibliografici

- Alastra V. (2015). Pratiche formative narrative based e vita organizzativa. In Alastra V., Batini F. (a cura di), *Pensieri Circolari. Narrazione, Formazione e Cura* (pp. 63-84). Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Alastra V. (2016a). Formazione e ambienti narrativi nei territori di cura. In Alastra (2016) (a cura di), *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione* (pp. 126-144). Milano: Franco Angeli.
- Alastra V. (2016b). La medicina narrativa generatrice di valore nella formazione continua degli operatori. In Napolitano Valditara L. M. (a cura di), *Leggiamoci con cura. Scrittura e narrazione di sé in medicina. IV Edizione. Atti del Convegno* (pp. 79-97). Aviano: Centro di Riferimento di Aviano presso il CRO di Aviano.
- Alastra V. (2018). *Le verità e le decisioni. Narrare la cura e l'esperienza di malattia oncologica*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Alastra V. (a cura di) (2014). *Etica e salute*. Trento: Erickson.
- Alastra V., Kaneklin C. e Scaratti G. (2012). *La formazione situata. Repertori di pratica*. Milano: FrancoAngeli.
- Ceruti M. (1989). *La danza che crea. Evoluzione e cognizione nell'epistemologia genetica*. Milano: Feltrinelli.
- de Mennato P. (2012). Medical Professionism and Reflexivity. Examples of training to the sense of duty in medicine. *Education Reflective Practices*, 2, 15-33.
- de Mennato P. (2012). Riflessività e "buon insegnamento". In de Mennato P., Formiconi A. R., Orefice C., Ferro Allodola V., *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze* (pp. 21-51). Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- de Mennato P., Orefice C., Branchi S. (2011). *Educarsi alla "cura." Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Dewey J. (1999). *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia.
- Moon J. (2012). *Esperienza, riflessione, apprendimento*. Roma: Carocci.

- Morin E. (1985). *Le vie della complessità*. In Bocchi G. L., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Morin E. (1999). *La testa ben fatta*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mortari L. (2002). *Aver cura della vita della mente*. Milano: La Nuova Italia.
- Mortari L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Mortari L. (2008). *A scuola di libertà. Formazione e pensiero autonomo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mortari L. (2009). *Ricerca e riflettere. La formazione del docente professionista*. Roma: Carocci.
- Schön D. (1983). *The Reflective Practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schön D. (1987). *Educating Reflective Practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wenger E. (2006). *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity*, Oxford, Oxford university Press, 1998).
- Wenger E., Mc. Dermott R. Snyder W. M. (2007). *Coltivare comunità di pratica*. Milano: Guerini e Associati (ed. or.: *Cultivating Communities of Practice*, Boston, Harvard Business School Press 2002).
- Wenger E., Snyder W. M. (2000). *Communities of Practice: The Organizational Frontier*. *Harvard Business Review*, Jan./Feb.

APPENDICE

LA RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA

Oscar Bertetto e Marinella Mistrangelo

Le Reti nascono quando nei sistemi aumentano le interazioni e si aprono opportunità per rendere più conveniente la collaborazione rispetto alla competizione.

Tale modello organizzativo si è reso indispensabile in sanità per la crescente complessità dei percorsi di cura che difficilmente possono trovare risposte in un'unica struttura.

Per rispondere a livello regionale in ambito oncologico a tali esigenze, si ritiene fondamentale la definizione di una struttura organizzativa che preveda la costituzione di Reti Oncologiche sul modello del *Comprehensive Cancer Care Network*. Tali Reti dovrebbero essere fra loro connesse, volte alla ricerca di percorsi condivisi e condivisibili sul territorio nazionale, in grado di fornire a tutti i cittadini italiani equità di cure garantendo la sostenibilità del sistema.

Perché ciò possa realizzarsi è necessario che le Reti vengano fondate su capitali comuni:

- 1) Presenza di un'autorità centrale in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, pianificare l'uso delle risorse, definire e gestire i percorsi dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche;
- 2) Diffusione di accessi nel territorio, accreditati dalla Rete, in grado di prendere in carico il singolo caso assicurando la regia dell'intero percorso. In tali strutture è indicata la presenza di un clinico, un infermiere ed un amministrativo esperti in gestione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)¹, strumenti di gestione clinica utili a definire il migliore

1 Questa la definizione dell'European Pathway Association (EPA): "I PDTA, conosciuti anche come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di

- processo assistenziale sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili;
- 3) Esistenza di un modello organizzativo che preveda l'integrazione multi-professionale;
 - 4) Individuazione delle strutture di riferimento per i diversi tumori in base alla loro incidenza / prevalenza epidemiologica, alla presenza di tecnologie avanzate (spesso ad alto costo) ed all'expertise dei professionisti;
 - 5) Coinvolgimento dei servizi territoriali per le azioni di promozione della salute / prevenzione, adesione agli screening, tempestività diagnostica, equità di accesso, integrazione dei percorsi di cura, programmazione del *follow up*, interventi riabilitativi e facilitanti il reinserimento sociale, cure palliative;
 - 6) Promozione di rapporti con i pazienti e le loro associazioni per una presenza attiva nei momenti delle scelte programatorie e per una valutazione della qualità percepita dei vantaggi offerti dal sistema Rete.
- In tale scenario la Rete Oncologica del Piemonte nasce sperimentalmente nel 1998², ampliata alla Valle d'Aosta nel 2003³, costituita in Dipartimento Funzionale Interaziendale e Interregionale nel 2012⁴. Nell'agosto 2003⁵ furono anche approvate le due modalità organizzative caratterizzanti il percorso del paziente: il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) e i Gruppi Interprofessionali Cure (GIC).

Il CAS accoglie il paziente che presenta un forte sospetto clinico o una diagnosi di tumore; un medico, un infermiere, un amministrativo e, dal 2015, un assistente sociale e uno psicologo provvedono a garantire tutti gli esami che concorrono alla diagnosi ed alla stadiazione del tumore e a valutare i problemi assistenziali, psicosociali e familiari del malato nell'ottica di una presa in carico globale.

gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza, sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente. I PDTA sono utilizzati in tutto il mondo.” (Cfr. <http://e-p-a.org/sito-internet-e-p-a/percorsi-diagnostici-terapeutici-e-assistenziali-pdta/>).

- 2 Questi i riferimenti normativi regionali: DGR n.446/28.1 del 28.11.1998, ufficializzata con delibera di giunta nel 2000 (DGR. n.50/1391 del 20.11.2000).
- 3 Riferimento: DGR. n.48/9824 del 30.06.2003.
- 4 Riferimento: DGR. n.31/4960 del 28.11.2012.
- 5 Riferimento: DGR n.26/0193 dell'1.08.2003.

La diagnosi di tumore rappresenta senza dubbio un momento di grande difficoltà per il paziente e per i suoi familiari. La patologia neoplastica non riguarda solo il corpo e gli aspetti biologici: la malattia, infatti, riprendendo la definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è un evento bio-psico-sociale che coinvolge l'individuo a 360° e riguarda anche gli ambiti sociali, psicologici, lavorativi e relazionali.

Tra gli strumenti che sono stati previsti, un ruolo di particolare rilevanza all'interno del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è attribuito alle *schede di complessità*. Viene infatti prevista la valutazione iniziale di tutti i fattori considerati indicatori specifici di complessità nelle aree biologica, psicologica, sociale e assistenziale dell'individuo.

Nell'ambito delle valutazioni del paziente si colloca la rilevazione di particolari fragilità familiari, tali da poter proporre al paziente il Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF), le cui finalità sono rappresentate dalla costruzione di una rete di supporti assistenziali, psicologici e sociali mirati al sostegno della famiglia che affronta l'esperienza della malattia tumorale di un suo componente; tali supporti si rendono necessari per rendere possibile al malato il seguire correttamente le indicazioni terapeutiche previste dal proprio percorso di cura e per non indurre gravi destabilizzazioni nel nucleo familiare fragile, così definito quando siano presenti:

- minori;
- adolescenti o giovani adulti in difficoltà per la presenza della malattia;
- disabili;
- soggetti con disagio psichico;
- soggetti alcolisti e/o tossicodipendenti;
- fragilità / assenza di caregiver in nuclei ristretti e isolati;
- recente esperienza gravemente traumatica;
- difficoltà all'integrazione sociale, linguistica e culturale;
- problemi economici indotti dalla malattia con gravi ripercussioni sulla vita familiare e le possibilità di cura.

Nelle famiglie "fragili", senza un aiuto strutturale, può essere impossibile per il malato seguire correttamente il percorso diagnostico e terapeutico previsto per la sua patologia. Vi è inoltre il rischio di ripercussioni anche gravi sulla salute psichica e talvolta fisica, sia del paziente che del resto della famiglia, in particolare del *care-giver* su cui gravano compiti assistenziali che aumentano in modo esponenziale con il progredire della malattia.

Un'attenzione particolare viene rivolta alla presenza, nel nucleo familiare,

di bambini, adolescenti e giovani adulti per i quali la malattia e/o morte di un genitore o di persona di importante riferimento rischia di diventare un'esperienza non solo difficile e dolorosa, ma fortemente traumatica.

Il compito del PPF non è sostituire i Servizi territoriali presenti (istituzioni o no profit), bensì creare sinergie ed intervenire con le proprie risorse laddove sia impossibile la pronta risposta dei Servizi. Diviene quindi fondamentale la creazione di una ampia Rete Locale con cui collaborare attivamente.

L'attivazione di PPF può avvenire in qualunque momento del percorso del paziente oncologico, dalla diagnosi alle cure palliative, tuttavia l'intervento è tanto più utile quanto più precocemente vengono identificate le situazioni di vulnerabilità della famiglia. Per questo motivo si è individuato nell'accoglienza iniziale del paziente presso il CAS il momento idoneo per riconoscere le fragilità (www.reteoncologica.it/progetto-protezione-famiglie-fragili).

I CAS attivi in Regione Piemonte sono attualmente 41, cui si aggiunge il CAS della Valle d'Aosta. La loro attività viene monitorata periodicamente attraverso specifici indicatori.

Un altro caposaldo strutturale della Rete Oncologica è rappresentato dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) che è responsabile della presa in carico multidisciplinare del paziente poiché riunisce al suo interno medici di diverse specialità che, grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono i percorsi di cura più appropriati e, attraverso una maggiore tempestività e coordinamento degli interventi, evitano la frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici. Inoltre è costituito da infermieri, dietisti, stomisti, fisioterapisti, logopedisti ed altri operatori sanitari che siano coinvolti nello specifico percorso di cura del paziente. Il GIC ha inoltre il compito di elaborare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), approvato dalle rispettive direzioni sanitarie, sulla base di Linee Guida di riferimento e raccomandazioni predisposti dalla Rete Oncologica adattate al contesto locale; discute collegialmente i casi clinici complessi; assicura il coordinamento dei trattamenti previsti ed indica il programma di follow up. Per neoplasie epidemiologicamente molto diffuse e operabili soltanto in numero limitato di casi è prevista la stesura di un *PDTA unico di area* che preveda l'invio ai Centri di Riferimento dei pazienti operabili, il trattamento radioterapico e chemioterapico presso sedi predefinite, le cure palliative diffuse in tutte le Aziende.

6 Riferimento: DGR. n.51/2485 del 23.11.2015.

Nel novembre 2015⁶ sono stati individuati per ciascuna patologia neoplastica, i centri di riferimento attraverso la valutazione dei seguenti criteri: incidenza / prevalenza epidemiologica dei diversi tumori, numerosità dei casi trattati con appropriatezza, presenza di tecnologie avanzate, expertise dei professionisti, modello organizzativo.

Nella stessa delibera è previsto che la direzione della Rete Oncologica assicuri il monitoraggio della qualità delle prestazioni attraverso la raccolta sistematica di pochi indicatori di struttura, processo ed esito e il controllo annuale del mantenimento dei criteri che qualificano il centro quale riferimento per quel tipo di tumore. Progressivamente sono state potenziate le attività della struttura centralizzata per la raccolta e valutazione degli indicatori e per il coordinamento delle azioni correttive da svolgere anche con audit locali.

Il Dipartimento della Rete Oncologica ha inoltre ritenuto fondamentale il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici nelle diverse patologie neoplastiche attraverso la costituzione della Commissione Consultiva Permanente rappresentante la medicina territoriale, nella quale vengono programmate iniziative formative ed organizzative atte a migliorare il rapporto tra le diverse attività dei Servizi della Rete Oncologica stessa ed i Servizi Territoriali.

I momenti di confronto che si propongono sono:

- periodico invio di news dal titolo “Notizie dalla Rete Oncologica per il Medico di Medicina Generale”, allo scopo di approfondire temi oncologici utili per le attività specifiche del Medico di famiglia (www.reteoncologica.it/area-operatori/medici-di-medicina-generale);
- momenti di formazione relativi a:
 - organizzazione della Rete Oncologica – ruolo del CAS e del GIC;
 - prevenzione primaria: cambiamenti degli stili di vita;
 - prevenzione secondaria: motivazione ad aderire agli screening;
 - diagnosi tempestiva;
 - aiuto al paziente nelle scelte di trattamenti alternativi di pari efficacia;
 - follow up e aspetti riabilitativi, con aiuto al reinserimento sociale;
 - fasi palliative e aiuto ai familiari per la elaborazione del lutto.

La collaborazione è in ogni caso estesa ad ogni argomento previsto dal piano di attività annuale.

Nell’ambito di tali rapporti si articolano anche progetti in ambiti diversi della Rete Oncologica:

- Il Progetto FUCSAM – *Follow Up* e Cambiamento Stili di vita Alimentari e Motori – ha visto la sua attivazione nel maggio 2014 con l’obiettivo di valutare l’impatto di un intervento mirante a modificare lo stile di vita dei pazienti in follow-up dopo trattamento per tumori del colon-retto e della mammella seguiti presso i diversi GIC della Rete Oncologica. Le visite di follow-up possono rappresentare momenti in cui offrire indicazioni relative ai cambiamenti dello stile di vita che possono influire positivamente sulla prognosi e offrono l’occasione per rinforzare il messaggio in incontri successivi, modulandolo in relazione alle difficoltà e ai progressi segnalati. Per favorire l’adozione e il mantenimento dei comportamenti raccomandati, il progetto prevede di sviluppare la collaborazione tra i GIC e le associazioni del volontariato e/o le strutture locali che organizzano iniziative finalizzate a promuovere l’attività fisica o a favorire cambiamenti delle abitudini alimentari (www.reteoncologica.it/area-cittadini/progetti-di-rete).
Sempre in ambito di modificazioni degli stili di vita e attenzione ai fattori di rischio correlati all’insorgenza di tumori nasce “Prevenill”: un programma preventivo che si esplica attraverso la distribuzione di una scatola che contiene, anziché 12 pillole, le 12 regole del Codice Europeo Contro il Cancro per la prevenzione dei tumori e un foglietto illustrativo in cui viene segnalato che il sovradosaggio del contenuto “può produrre un eccesso di vitalità, benessere e buona salute”, precisa che non c’è scadenza e raccomanda di “tenere alla portata dei bambini per insegnare loro fin da piccoli ad avere buone abitudini” (www.reteoncologica.it/codice-europeo-contro-il-cancro).
- Il Progetto START – Sorveglianza Attiva o trattamento radicale alla diagnosi per tumori della prostata a basso rischio – promosso dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta, in collaborazione con il Centro di Riferimento per l’Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, coinvolge le Strutture regionali di urologia, radioterapia ed è attivo da luglio 2015. Obiettivo principale dello studio START è di effettuare, a livello della popolazione del Piemonte e della Valle d’Aosta, un’approfondita valutazione comparativa sull’efficacia e la sicurezza delle cure, nonché sulla qualità di vita nei vari gruppi di pazienti che scelgono le diverse modalità di trattamento attualmente disponibili per il tumore della prostata localizzato a basso rischio di progressione.

Per questo tipo di tumore sono proponibili, infatti, differenti opzioni terapeutiche tra le quali, oltre ai tradizionali interventi di chirurgia e di radioterapia, vi è la cosiddetta sorveglianza attiva, che offre la possibilità di evitare o ritardare, anche di molti anni, trattamenti più invasivi. Ad oggi, non è ancora possibile individuare con certezza il trattamento migliore in assoluto: ognuno di essi presenta vantaggi e svantaggi, che richiedono studi più approfonditi per essere meglio compresi.

Lo studio START avrà un grande valore per la collettività e per tutti i pazienti con tumore della prostata localizzato a basso rischio di progressione, perché potrà fornire informazioni utili al miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza e consentire in futuro scelte terapeutiche più consapevoli (www.reteoncologica.it/area-cittadini/progetti-di-rete).

- Il Protocollo ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery* – Chirurgia Coloretale e Isterectomia. È un programma di gestione peri-operatoria multidisciplinare che prevede la presenza di un *team* composto da chirurghi, anestesisti, infermieri, dietologi e dietisti aventi l'obiettivo condiviso di ottimizzare e favorire la riabilitazione dopo un intervento chirurgico, consentendo il rapido ritorno a casa del paziente.

L'arruolamento dei pazienti operati o in visita pre-ricovero presso i centri della Regione Piemonte che partecipano all'iniziativa nell'ambito dei progetti ERAS Chirurgia Coloretale (32 centri) e ERAS Isterectomia (25 centri), è iniziato il 1° settembre 2019. La valutazione dei risultati dell'implementazione del protocollo ERAS su scala regionale è condotta dal CPO Piemonte in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e la ScaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI) e fa parte del più ampio progetto EASY-NET, finanziato dal Ministero della Salute, il cui obiettivo cardine è quello di migliorare la qualità delle cure e ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure efficaci in diversi contesti clinici e organizzativi.

Sono inoltre stati promossi rapporti con i pazienti e le loro associazioni per una presenza attiva nei momenti delle scelte programatorie e per una valutazione della qualità percepita dei vantaggi offerti dal sistema Rete.

Un'attenzione particolare è stata rivolta al miglioramento della relazione nel rapporto di cura, particolarmente importante nei confronti di un paziente di cui è nota, per il tipo di malattia, la maggiore esposizione emotiva ai

problemi comunicativi. La formazione degli operatori è stata dunque volta non solo agli aspetti tecnici, ma anche a quelli relazionali.

La Rete Oncologica prevede inoltre un progetto di comunicazione e informazione costante, che si esplica anche attraverso l'aggiornamento del sito della Rete Oncologica (www.reteoncologica.it), rivolto sia verso l'esterno, per presentare al cittadino le opportunità fornite dalla Rete stessa e renderlo in grado di decidere consapevolmente sui diversi aspetti del suo percorso, sia verso l'interno, per aggiornare tutti gli operatori coinvolti e diffondere il know how indispensabile per una disciplina in rapida evoluzione quale l'oncologia.

Per gli operatori è anche un punto di riferimento la Bussola dei Valori creata nel 2013 attraverso numerosi focus group che hanno coinvolto gli operatori della Rete.

Riferimenti bibliografici e sitografici

Bertolotti M., Brach Del Prever A., Chiodino S., Dardo I., De Luca A., De Michelis V., Faccio S., Giordano S., Lijoi S., Manna G., Martelli S., Mistrangelo M., Ostacoli L., Silvestri Ml., Storto S., Torta R., Varese P., Varetto A. a cura di (2009). *Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) in Psicologia Oncologica*, ARESS Piemonte.

DGR della Regione Piemonte: n.446/28.1 del 28.11.1998; n.50/1391 del 20.11.2000; n.48/9824 del 30.06.2003; n.26/0193 dello 01.08.2003; n.31/4960 del 28.11.2012; n.51/2485 del 23.11.2015. www.reteoncologica.it/la-retelnormativa-di-riferimento.

European Pathway Association (EPA), <http://e-p-a.org/sito-internet-e-p-a/percorsi-diagnostici-terapeutici-e-assistenziali-pdta/>

Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF): www.reteoncologica.it/progetto-protezione-famiglie-fragili.

Progetto Follow Up e Stili di Vita (FUCSAM) - Progetto Sorveglianza attiva o trattamento radicale alla diagnosi per tumori della prostata a basso rischio (START): www.reteoncologica.it/area-cittadini/progetti-di-rete.

Progetto Prevenill: www.reteoncologica.it/codice-europeo-contro-il-cancro.

Protocollo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): www.cpo.it/it/articles/show/-protocollo-eras-nuovo-studio-easy-net.



IL SERVIZIO FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE DELLA ASL BI

Vincenzo Alastra

Diversi sono le iniziative e i progetti promossi e condotti dal Servizio, riconducibili ai temi dell'apprendimento dall'esperienza e del significato e qualità della relazione di cura (Medicina centrata sul paziente e Medicina Narrativa).

Sul primo fronte, molte attività e iniziative formative hanno potuto beneficiare dell'apporto scientifico e formativo della Prof.ssa Luigina Mortari e del suo gruppo di ricercatori dell'Università di Verona.

Sempre su questo versante, il Servizio è stato impegnato nell'organizzazione di svariati percorsi formativi specifici e convegni, alcuni dei quali proprio sul tema delle comunità di pratica: percorsi articolati e convegni condotti insieme al Prof. Cesare Kaneklin e al Prof. Giuseppe Scaratti dell'Università Cattolica di Milano (in una di queste occasioni, nel 2009 ha potuto partecipare anche il Prof. Etienne Wenger).

Tra i progetti condotti per conto della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, oltre alle quattro edizioni di Crossover, viene qui sommariamente ricordato il Progetto: "Il modello di cura della Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta: i momenti delle verità e delle decisioni nella pratica di cura e nell'esperienza di malattia". Con quest'ultimo progetto si accede al secondo importante filone tematico di intervento presidiato dalla S.S. Formazione Sviluppo Risorse Umane della ASL BI: quello più propriamente riconducibile alla Medicina Narrativa; ambito rispetto al quale vengono di seguito ricordate altre azioni condotte secondo una determinata "filosofia di azione", quella, così definita, di *Pensieri Circolari*.

Il Progetto: “Il modello di cura della Rete Oncologica Piemonte Valle d’Aosta: i momenti delle verità e delle decisioni nella pratica di cura e nell’esperienza di malattia”

Il progetto: gli obiettivi generali perseguiti e gli output realizzati

Il progetto, sostenuto dalla Rete Oncologica Piemonte Valle D’Aosta è stato realizzato da un Team coordinato dalla S.S. Formazione Sviluppo Risorse Umane della ASL BI che ha operato in collaborazione con il Dipartimento Oncologico dell’Ospedale di Biella. Attraverso il ricorso a differenti linguaggi espressivi, si è raccontata l’esperienza di malattia e di cura per entrare in intimo contatto con gli snodi, le salienze e i momenti delle verità e delle decisioni, che caratterizzano la pratica di cura. La fase operativa del progetto si è concentrata nel periodo ottobre 2017- luglio 2018, coinvolgendo 16 pazienti e altrettanti professionisti sanitari. Le azioni si sono collocate all’interno di un processo ispirato a principi di progettazione partecipata e continua e si sono sostanziate:

- nello sviluppo di un percorso formativo particolare (i Laboratori NEAR di seguito descritti);
- nell’applicazione e rivisitazione del metodo dell’intervista narrativa;
- nella pubblicazione di un libro (vedi oltre e in riferimenti bibliografici);
- nella sperimentazione di pratiche innovative di video narrazione qual è il web-documentario: <https://www.vocieimmaginidicura.it/filmato/#-Start>).

Va in ultimo evidenziato che buona parte dei “prodotti narrativi” (i testi delle interviste narrative, unitamente al materiale video-prodotto) è impiegabile in contesti formativi volti allo sviluppo di competenze relazionali e riflessive; competenze imprescindibili per una pratica di cura eticamente fondata.

Cornice teorica e attori coinvolti

Il progetto si colloca in una cornice scientifica, metodologica e operativa che fa riferimento alla formazione-intervento e all’attivazione di azioni e percorsi centrati su approcci narrative-based e sulla rappresentazione-rielaborazione dell’esperienza di cura e di malattia.



Il Laboratorio NEAR : un contesto per ripensare la pratica e progettare nuovi scenari per l'azione

Per essere portato a buon fine, un progetto complesso e articolato come quello qui presentato doveva poter contare sul coinvolgimento attivo ed estremamente collaborativo di un gruppo di operatori impegnati in ambito oncologico; un gruppo disponibile a condividere con il Team di progetto la propria esperienza professionale fungendo, nel contempo, da “ponte” per quanto concerne l'accesso alla relazione con i pazienti e ai luoghi della cura. Sono questi gli aspetti caratterizzanti, appunto, il Laboratorio NEAR.

All'interno del Laboratorio NEAR i partecipanti hanno potuto narrare le loro esperienze di cura condividendole in un clima relazionale improntato al fecondo e reciproco coinvolgimento emotivo.

Nel corso degli incontri, i partecipanti hanno avuto modo di soffermarsi sui testi narrativi da loro scritti, esercitando su ognuno di questi una lettura individuale lenta e pensosa.

Il testo narrativo esperienziale si è costituito come una matrice sulla quale attivare il confronto-dialogo fra molteplici e differenti punti di vista, per pervenire ad una messa in comune di “materiale per pensare”.

Il Laboratorio si è configurato, in tal modo, come dispositivo di co-creazione di significati basato sull'intreccio di più momenti o livelli di confronto-dialogo: quello che ogni narratore potenzialmente può vivere come dialogo interno con se stesso, quando si esercita con la scrittura autobiografica e si impegna nel successivo ascolto dei commenti espressi sul suo testo; quello che

vede ogni membro del gruppo impegnato nella conversazione riflessiva che segue la lettura e il confronto collegiale.

In questo modo i partecipanti hanno potuto sperimentare direttamente, cioè “sulla loro pelle”, il valore del registro narrativo e quello, specificatamente tras-formativo, riferibile alla pratica riflessiva esercitata sulle narrazioni delle esperienze vissute.

Il team di Progetto:

- Vincenzo Alastra - Responsabile del Progetto
- Manuele Cecconello – Consulente fotografo e regista videodocumentarista
- Rosa Introcaso – Formatrice Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane ASL BI
- Roberta Invernizzi – Scrittrice con esperienza di conduzione di interviste narrative
- Monica Tescari – Psicologa con esperienza di conduzione di interviste narrative

Il libro: “Le verità e le decisioni”

Il libro, oltre a illustrare la cornice scientifico-metodologica di riferimento (ascrivibile ai dettati della formazione-intervento narrative-based e a un approccio di Medicina Narrativa), raccoglie le esperienze narrate da operatori e pazienti, aprendo una finestra sul mondo della cura e della malattia oncologica. Sono state avvicinate storie autentiche e palpitanti di malattia e di cura favorendo incontri e intrecci fra persone. Narrazioni che fanno trasalire, diventano specchi e pertugi verso straordinarie esperienze quotidiane: l'enigma del corpo che si trasforma, la cura che si fa in molte maniere, fra competenze, strumenti, connessioni; la percezione di sé che cambia e genera stupore; la paura e le risorse anche inattese. L'ironia, per esempio.

Il web-documentario e le pratiche innovative di video narrazione

Il cospicuo materiale disponibile si dipana a partire da un'immagine-approdo che rappresenta il crocevia di menù selettivi: il modello della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e la “Bussola dei valori” costituiscono il nucleo di contenuti organizzativi, narrati da Oscar Bertetto in salienti frammenti di intervista; il Progetto “I momenti delle verità e delle decisioni” trova

uno spazio esplicativo dedicato che funge da chiave di lettura complessiva; le cellule video si offrono a molteplici sentieri esplorativi, connotate da proposte di parole-chiave, accompagnate da stimoli poetico-letterari, spunti formativi e connessioni incrociate.

Per documentare la pratica quotidiana di cura, sono state realizzate riprese presso la Struttura di Oncologia comprendenti dialoghi e interazioni fra operatori e pazienti, percorsi da una densa *com-passione*. Si è scelto, inoltre, di ispirarsi alla tecnica di osservazione dello *shadowing*, applicandola nel rigoroso rispetto della riservatezza dei soggetti coinvolti ed evitando interferenze rispetto alla delicata e complessa operatività ritratta.

Il posizionamento dietro la videocamera ha comportato una sorta di “presenza sospesa”, certo non un’assenza, che ha generato quei vissuti emotivi di straordinaria intensità tradotti nel linguaggio della luce, nelle inquadrature e nelle scelte di montaggio che hanno strutturato ogni sequenza del web-documentario.

Pensieri circolari: la Medicina Narrativa fondata sulle Medical Humanities

Fanno capo alla “filosofia di azione” di *Pensieri Circolari* diversi progetti e attività. Possiamo qui richiamare brevemente i Laboratori Narrativi Esperienziali Autobiografici Riflessivi (*Laboratori NEAR*), numerosi corsi brevi e cicli di conferenze con apporti scientifico-culturali a cura di esponenti di rilievo nazionale e internazionale, la partecipazione all’organizzazione di Master e Corsi di perfezionamento. Numerosissime azioni di animazione organizzativa sono state realizzate ricorrendo alle varie possibilità espressive delle *Humanities* e, tra queste, in particolare va ricordata l’attività del Circolo dei Lettori ad Alta Voce (dal 2014 l’ASL BI, come presidio dell’Associazione *LaAV*, vede ogni settimana la conduzione di sessioni di lettura in almeno 5 reparti dell’Ospedale). Svareti sono stati inoltre gli eventi e le manifestazioni volti a orientare la cultura organizzativa di un’azienda sanitaria in tema di cura, facendone un *ambiente narrativo* complessivamente vivace e recettivo.

Tra le manifestazioni curate direttamente dal Servizio possiamo ricordare: la partecipazione alla “Festa europea della musica”, l’organizzazione di “Feste della lettura in Ospedale” con l’allestimento di più spazi di animazione e lettura, l’insediamento e la cura di diverse postazioni di *Book-crossing* allestite all’interno del presidio ospedaliero, la collocazione di un pianoforte nell’atrio del nosocomio, la realizzazione di diverse “incursioni musicali” nei reparti dell’ospedale, nonché di mostre fotografiche e artistiche in tema di relazione

di cura, la conduzione di specifici progetti di formazione e animazione narrativa del contesto organizzativo imperniati sull'impiego della fotografia e della poesia, la promozione e cura di allestimenti artistico-pittorici in diversi spazi del nosocomio.

A quest'ultimo proposito, citiamo, in quanto strettamente vicini ai temi trattati in questa pubblicazione, gli allestimenti artistici realizzati, con la collaborazione del Liceo Artistico di Biella, nelle sale di attesa del reparto di Oncologia e nelle aule dedicate alla formazione professionale (allestimenti, quest'ultimi, espressamente centrati sul tema del sapere pratico e sulla connessa necessità, per i professionisti della cura, di accedere a una elaborazione della propria autobiografia professionale). Va ancora messo qui in rilievo che tali allestimenti sono andati a configurarsi come esiti finali di percorsi che hanno visto direttamente coinvolti numerosi professionisti della cura appartenenti ai contesti di lavoro individuati come beneficiari diretti di dette azioni. Inoltre, aspetto questo di assoluto rilievo, tali percorsi hanno potuto avvalersi della supervisione artistica del Maestro Michelangelo Pistoletto.

Un fondamentale appuntamento periodico – che suggella la cornice teorico-metodologia nella quale si collocano tutte queste “disseminazioni” volte ad alimentare, come detto, un *ambiente narrativo* diffuso – è rappresentato dal convegno che viene svolto a cadenza biennale: “*Pensieri Circolari. Narrazione, formazione e cura*”. Un appuntamento biennale fortemente partecipato (oltre 400 partecipanti per ogni edizione sostenuta), fondamentale per rinsaldare questo modo di intendere le pratiche di cura e di formazione: un'occasione per fare il punto “sullo stato dell'arte” ed esplorare vincoli e opportunità legati all'adozione del paradigma narrativo all'interno delle organizzazioni promotrici di salute.

Progetto: “Voci e immagini della cura”

Il sito web: vocieimmaginidicura.it ospita (e sempre più ospiterà in futuro, in quanto è in corso di progressivo aggiornamento) una parte considerevole del “materiale narrativo” prodotto nel corso delle attività realizzate negli ultimi anni dal Servizio Formazione della ASL BI. Più specificatamente detto “materiale humanities” riguarda e riguarderà centinaia di racconti presentati in concorsi letterari curati dal Servizio (*Gim paladino di un sogno*¹: edizione V e

1 *Gim paladino di un sogno* è un concorso nazionale fotografico-letterario organizzato dalla Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella in collaborazione con la ASL BI.

VI) e relativi ad esperienze professionali di cura scritti da operatori partecipanti ai percorsi formativi, nonché diverse *digital stories* realizzate sempre in occasioni formative analoghe, da varie tipologie di professionisti della cura, ma anche da pazienti partecipanti ai diversi Laboratori attivati su questo fronte. Oltre a ciò sono al momento già pubblicati e fruibili attraverso il sito i documentari di creazione: *I momenti delle verità e delle decisioni*, *I luoghi della cura* e *Segnali di fumo* e presto saranno pubblicate alcune audioregistrazioni di narrazioni esperienziali, raccolte di fotografie, link a ulteriori risorse, ecc.

Buona parte di questo materiale è e sarà liberamente fruibile (in quanto ha ottenuto dagli autori degli artefatti in questione una specifica e preventiva autorizzazione alla pubblicazione sul sito). Le finalità perseguite con questa operazione sono diverse: promuovere una cultura della narrazione dell'esperienza di malattia e di cura, favorire la "presa di parola" e la rappresentazione di queste esperienze da parte di pazienti e protagonisti professionali, ma anche costituire un patrimonio di materiale utilizzabile in occasioni e contesti formativi diversi.

Progetto di ricerca in tema di Digital storytelling

Con l'avvento del digitale molte attività, che sino a un tempo non troppo lontano erano appannaggio esclusivo degli esperti, sono diventate prassi comune. In questo modo anche le persone che un tempo non avrebbero mai pensato di condividere in tal modo i propri vissuti, le proprie esperienze, si trovano nella possibilità di consegnare in formato digitale, a se stessi, e poi ad altri, frammenti più o meno estesi delle loro esistenze, porzioni di racconti della propria vita.

Le nuove tecnologie hanno reso sempre più accessibile a molti la possibilità di raccontarsi non solo esclusivamente attraverso la parola, ma impiegando soprattutto immagini e suoni.

In questa cornice culturale e tecnologica si inserisce l'attività di ricerca condotta, ormai da oltre tre anni, dal Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI, in collaborazione con il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università di Torino, grazie, soprattutto, allo specifico apporto della prof.ssa Barbara Bruschi (docente di *Digital storytelling* e di *Metodi e pratiche dell'intervento educativo*). Il progetto di ricerca è finalizzato alla messa a punto e sperimentazione della metodologia del *Digital storytelling* in diversi contesti di cura, con l'intento di evidenziare il valore aggiunto delle narrazioni digitali, attraverso un insieme di percorsi di forma-

zione-intervento che, negli anni, si è andato via via a sostanziare in più “laboratori narrativi”.

Questa ricerca e sperimentazione ha interessato, e continua tuttora a farlo, sia i contesti formativi (progettati, allestiti e condotti in favore dei professionisti della cura operanti in ambito sanitario e non solo), sia altri contesti di cura, rivolti a persone desiderose di condividere la loro esperienza di malattia e di vita, la loro progettualità esistenziale e le loro scelte.

Master Executive: “Metodologie e pratiche narrative nei contesti di cura”

La ASL BI, attraverso il Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane, collabora in un rapporto di Partnership con COREP – Torino all’organizzazione del Master Executive: “Metodologie e pratiche narrative nei contesti di cura”, percorso formativo finalizzato a formare un esperto nella progettazione, realizzazione e gestione di interventi basati sull’applicazione delle pratiche narrative nei contesti socio-sanitari e socio-educativi.

Il Master Executive è pensato per professionisti operanti in ambito sanitario (infermieri e altri operatori sanitari, medici, psicologi, educatori, ecc.) che siano interessati ad acquisire competenze e professionalità nell’ambito della medicina narrativa e delle pratiche narrative al servizio della cura.

Più nello specifico, il Master intende promuovere:

- conoscenza delle Medical Humanities (letteratura, cinema, arti figurative, ecc.) delle pratiche di storytelling e degli approcci narrativi nelle pratiche di cura e di formazione nei diversi contesti (assistenza al malato, relazioni educative, laboratori formativi autobiografici, ecc.);
- conoscenza delle teorie sul pensiero narrativo e della disciplina riflessiva nella formazione del personale sanitario e socio-educativo;
- competenze in merito all’utilizzo di determinati strumenti e di pratiche improntate alla narrazione di sé e all’applicazione di metodiche pedagogiche nei contesti di cura socio-sanitari e socioeducativi;
- competenze nella progettazione, gestione e valutazione di interventi ispirati all’approccio narrativo adeguati a promuovere salute e benessere delle persone fragili;
- competenze nella progettazione e gestione di interventi di social marketing attraverso le pratiche narrative.

Il Master Executive è patrocinato dal Dipartimento di Filosofia e Scienze dell’Educazione e dal Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell’Università degli Studi di Torino.

Connessioni con Università e Centri di Ricerca

La ASL BI, attraverso il Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane, è fondatrice della rete internazionale: *Narrative Hospitals Network* (NHN) dedicata, appunto, alla crescita delle pratiche e allo scambio fecondo di expertise nel campo della Medicina Narrativa. Insieme alla ASL BI sono partner fondatori: *l'Université Paris-Est Créteil Val de Marne, l'Hopital Intercommunal de Créteil*, l'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Il Servizio Formazione della ASL BI è inoltre rappresentato all'interno del:

- Progetto di ricerca “Uso e contesti applicativi delle Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale e associativo”, promosso dal Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS);
- Comitato Scientifico del *Caring Education Research Center* (CERC) - Centro di Ricerca Interdipartimentale dell'Università degli Studi di Verona diretto dalla Prof.ssa Luigina Mortari;
- Consiglio Scientifico del *CESTRIELL* - Centro Studi e Ricerche sull'Educazione e il Lifelong Learning dell'Università di Bologna;
- Gruppo di Ricerca Inter-ateneo *IRACLIA* dell'Università di Milano Bicocca;
- Gruppo di Ricerca in tema di Digital Storytelling condotto insieme alla Prof.ssa Barbara Bruschi del Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università degli Studi di Torino.

Riferimenti bibliografici e sitografici riguardanti alcune attività condotte negli ultimi anni dalla Struttura Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI

Alastra V., Kaneklin C., Scaratti G. (2012). *La formazione situata. Repertori di pratica*. Milano: Franco Angeli.

Alastra V. (a cura di) (2014). *Etica e salute*. Trento: Erickson.

Alastra V., Batini F. (a cura di) (2015). *Pensieri Circolari. Narrazione, Formazione e cura*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.

Alastra V. (a cura di) (2015). *GIM paladino di un sogno. Narrazioni di malattia e di cura*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.

Alastra V. (a cura di) (2016). *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione*. Milano: Franco Angeli.

Alastra V. (2016). *Alzheimer e dintorni: un viaggio a più voci. L'esperienza di malattia e di cura narrata da pazienti, caregiver e professionisti*. Milano: Franco Angeli.

- Alastra V., Bruschi B. (a cura di) (2017). *Immagini nella cura e nella formazione. Cinema, fotografia e digital storytelling*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Alastra V. (a cura di) (2018). *Il cancro come campo di gioco messaggero, riscoperta*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Alastra V. (2018). *Le verità e le decisioni. Narrare la cura e l'esperienza di malattia oncologica*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Alastra V. (2019). *Variazioni di Parkinson. I volti di una malattia complessa*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Alastra V. (a cura di) (2019). *Narrazioni che disegnano mondi. Vivere la complessità, fare la differenza*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.

<https://www.iluoghidellacura.it/>

<https://www.vocieimmaginidicura.it/filmato/>

<https://www.vocieimmaginidicura.it/spazio-tempo-racconto/>

<https://www.vocieimmaginidicura.it/progetti/>

<https://www.vocieimmaginidicura.it/narrative-hospitals-network/>

<https://www.medicinanarrativa.it/it/contenuti/notizie-e-narrazioni/recensioni/libri-narrazioni-che-disegnano-mondi/>

<https://www.vocieimmaginidicura.it/>

Info e contatti:

S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane ASL BI

Telefono 015.15153218 – cell. 3285304790

Email: vincenzo.alastra@aslbi.piemonte.it

GLOSSARIO DI ALCUNI ACRONIMI E TERMINI TECNICI

In questa sezione viene esplicitato il significato di alcuni termini specifici dell'ambito oncologico per favorire il lettore non esperto di tale settore ad una più scorrevole e comprensibile lettura.

<i>BMI</i>	L'indice di massa corporea (Body Mass Index) è un dato biometrico, espresso come rapporto tra peso e quadrato dell'altezza di un individuo.
<i>Cappa</i>	Strumentazione utilizzata per la preparazione dei farmaci antitumorali.
<i>CAS</i>	Il Centro Accoglienza e Servizi è la struttura di riferimento del paziente per ciò che concerne l'assistenza, l'orientamento e il supporto. Il CAS ha una duplice funzione: accogliere il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni; svolgere mansioni sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente.
<i>Catetere venoso centrale</i>	Dispositivo medico che permette di accedere ai vasi sanguigni venosi di calibro maggiore.
<i>Ciclo chemioterapico</i>	Si intende il periodo in cui si riceve il trattamento farmacologico e la fase di intervallo prima di quello successivo. Consiste nella somministrazione di sostanze in grado di uccidere le cellule tumorali. La somministrazione dei farmaci si effettua ad intervalli per attendere che una nuova popolazione di cellule tumorali entri in fase di replicazione e, nel contempo, permettere all'organismo di riprendersi dagli effetti collaterali della cura, soprattutto quelli che colpiscono le difese immunitarie.

- Day Hospital* È la struttura deputata alla somministrazione di farmaci antitumorali ai malati che non necessitano di assistenza o di terapie continuative. In questo elaborato è spesso abbreviato con la sigla DH.
- Esenzione 048* Esonero che dà diritto a ricevere gratuitamente, presso le strutture sanitarie pubbliche o private, tutte le prestazioni sanitarie legate alla malattia oncologica.
- Farmaci antiblastici o chemioterapici* Sono farmaci usati per uccidere le cellule tumorali, generalmente somministrati a determinati intervalli di tempo, per permettere all'organismo di riprendersi dagli effetti collaterali. Per questo motivo si parla di "cicli" di chemioterapia.
- GIC* Il Gruppo Interdisciplinare Cure è composto da medici di diversa specializzazione, appartenenti a differenti Unità Operative, che si mettono a confronto per individuare percorsi di cura più appropriati per la persona malata. Si parla, dunque, di un'équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e la condivisione interdisciplinare.
- Mindfulness* È una pratica vicina alla meditazione, in cui la persona, con atteggiamento non giudicante, osserva e presta attenzione alle proprie emozioni, alle proprie sensazioni fisiche, pensieri e immagini che attraversano la mente, accettandole per ciò che sono e per come si presentano.
- PDTA* Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale. Questa la definizione dell'European Pathway Association (EPA): "I PDTA, conosciuti anche come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza, sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente. I PDTA

sono utilizzati in tutto il mondo.” (Cfr. <http://e-p-a.org/sito-internet-e-p-a/percorsi-diagnostici-terapeutici-e-assistenziali-pdta/>).

PICC

(Peripherally Inserted Central Catheter) è un catetere venoso centrale inserito perifericamente all'altezza del braccio con l'aiuto di un'ecoguida.

Triage

Insieme di procedure codificate che permettono all'Infermiere la valutazione delle priorità assistenziali delle persone che si presentano, stabilendo un ordine di accesso alla visita medica sulla base della gravità dei sintomi accusati.

Primary nursing

Modello organizzativo assistenziale centrato non più su una responsabilità condivisa e diffusa d'équipe, ma su un rapporto personalizzato e bidirezionale tra assistito e famiglia da un lato e infermiere dall'altro; quest'ultimo viene fortemente responsabilizzato e diventa il professionista della cura di riferimento per un paziente.

I PROFILI DEL CURATORE E DEGLI ALTRI AUTORI DEI SAGGI E DEI CONTRIBUTI

Vincenzo Alastra

Responsabile del Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane dell'ASL BI – Biella; Professore a Contratto presso l'Università di Torino; membro del Comitato Scientifico del *Caring Education Research Center* (CERC) – Centro di Ricerca Interdipartimentale dell'Università degli Studi di Verona, co-coordinatore del Gruppo di Ricerca Inter-ateneo-interistituzionale IRACLIA dell'Università di Milano Bicocca – ASL BI e membro del Consiglio Scientifico del *Cestriell* – Centro Studi e Ricerche sull'Educazione e il *Lifelong Learning* dell'Università di Bologna.

È autore e curatore di diversi saggi e libri in tema di medicina narrativa e pratiche di cura centrate su un approccio narrativo. Per la casa editrice Pensa MultiMedia (Lecce-Brescia) dirige la collana: “Ambienti narrativi e pratiche di cura”.

Al momento è impegnato nei seguenti ambiti di interesse e di ricerca:

- approccio autobiografico e formazione e la metodica del laboratorio NEAR (Narrativo, Esperienziale, Autobiografico e Riflessivo) nei contesti e nei percorsi di formazione alla Medicina Narrativa;
- la metodica del digital storytelling nei contesti formativi e nella pratica di cura in favore di pazienti e, più in generale, di persone coinvolte in passaggi apicali della vita; metodica in merito alla quale sta conducendo con Barbara Bruschi (Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione – Università di Torino) un percorso di ricerca-formazione-intervento centrato sull'impiego della medesima metodica nei contesti di cura e di formazione;
- disciplina riflessiva, apprendimento dall'esperienza e comunità di pratica nei contesti organizzativi sanitari e socio-educativi;
- *Medical humanities* e cambiamento della cultura organizzativa.

Per conto della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta ha condotto: “I momenti delle verità e delle de-

cisioni”; progetto in tema di narrazione delle pratiche di cura e delle esperienze di malattia che caratterizzano il modello di cura adottato dalla Rete.

In relazione al progetto Crossover, edizione 2018-2019, è stato il responsabile del suo svolgimento partecipando, insieme a Oscar Bertetto e a Mario Clerico, al “Tavolo di regia” del progetto stesso; con Barbara Bruschi ha assicurato la direzione scientifica della ricerca e la conduzione delle attività formative.

Oscar Bertetto

Direttore del Dipartimento Funzionale Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta istituito presso l’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. Ha partecipato al “Tavolo di regia” del progetto Crossover, edizione 2018-2019.

Barbara Bruschi

Professore Ordinario di *Didattica e media* e di *Digital storytelling* presso il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell’Educazione dell’Università di Torino. I suoi interessi di ricerca sono, da sempre, incentrati sull’impiego educativo e didattico delle tecnologie nonché sulle applicazioni del digitale ai metodi narrativi. In relazione al progetto Crossover, edizione 2018-2019, ha assicurato, insieme a Vincenzo Alastra, la direzione scientifica della ricerca e la conduzione delle attività formative.

Fabiola Camandona

Fabiola Camandona è pedagogista e borsista di ricerca presso il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell’Educazione dell’Università di Torino. Collabora in qualità di facilitatrice in differenti progetti di *digital storytelling* nei contesti socio-sanitari e socio-culturali. Tra i suoi interessi di studio rientrano le narrazioni digitali, la *media education* e il gioco. In relazione al progetto crossover, edizione 2018-2019, è stata *tutor* degli incontri formativi condotti nell’ambito del progetto, conduttrice delle interviste e curatrice dei report relativi alle risultanze emergenti dalle medesime interviste.

Mario Clerico

Medico Oncologo; già Presidente CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri), già Direttore del Dipartimento di Oncologia della ASL BI – Biella. Ha partecipato al “Tavolo di regia” del progetto

Crossover, edizione 2018-2019.

Alice Marazzato

Psicologa, operante nel settore del lavoro e del benessere nelle organizzazioni. Ha collaborato come progettista e *tutor* d'aula a diversi progetti formativi e di ricerca realizzati dalla S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI – Biella secondo la metodologia del *digital storytelling*, nonché alla conduzione di interventi di benessere organizzativo e di valorizzazione dei lavoratori condotti con approcci narrativi e attività di *team building*. Attualmente opera nel campo della formazione professionale. In relazione al progetto Crossover, edizione 2018-2019, è stata *tutor* degli incontri formativi condotti nell'ambito del progetto, conduttrice delle interviste e curatrice dei report relativi alle risultanze emergenti dalle medesime interviste.

Francesca Menegon

Sociologa, formatrice e progettista di formazione della Struttura Semplice Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASL BI – Biella. Ha partecipato alla progettazione e realizzazione di alcune ricerche condotte dalla Struttura in cui opera, su temi inerenti la formazione continua e l'apprendimento dall'esperienza dei professionisti nei contesti organizzativi, il benessere organizzativo e la cultura etica nelle organizzazioni sanitarie, contribuendo altresì alla redazione di pubblicazioni su queste tematiche. In ambito formativo ha partecipato a progetti ispirati al paradigma della formazione situata, con particolare riferimento alla promozione e sviluppo di comunità di pratica. Nell'ambito del progetto Crossover, edizioni 2017-2018 e 2018-2019, ha assicurato la segreteria organizzativa e amministrativa del progetto stesso, l'organizzazione logistico / operativa degli scambi Crossover, l'accreditamento al sistema ECM Piemonte partecipando altresì alla conduzione delle attività formative.

Mistrangelo Marinella

Dirigente Medico del Dipartimento Funzionale Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta istituito presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.



Finito di stampare
APRILE 2020
da Pensa MultiMedia Editore s.r.l. - Lecce - Brescia
www.pensamultimedia.it

Il volume privo del simbolo dell'Editore sull'aletta è da ritenersi fuori commercio