

Progetto

“Integrazione tra Sociale e Sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia”

Laboratorio Tematico 3: Meccanismi e strumenti d'integrazione inter-professionale, interdisciplinare e inter-settoriale Comunità

VADEMECUM “LO STRUMENTO DELLA FORMAZIONE DI EQUIPE COME LEVA PER IL CAMBIAMENTO”

Redazione a cura di:
*Ornella Casati e Manuela Zaltieri
a nome dei partecipanti al Laboratorio*

Milano, 31 Marzo 2026



**Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di Ri-
cerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano**



INDICE

1. Oggetto e finalità del gruppo di lavoro

- 1.1 Tema centrale e obiettivo generale
- 1.2 Contesto di riferimento: il gap tra riforma e implementazione
- 1.3 L'integrazione come sfida culturale
- 1.4 La formazione come leva di cambiamento
- 1.5 La proposta: formazione-azione e apprendimento orizzontale
- 1.6 Due assi di lavoro: senso e operatività

2. Principi teorici e riflessioni sul tema della formazione interdisciplinare applicata alla Case della Comunità

3. Strategie generali

4. I bisogni formativi dal punto di vista degli operatori

5. Esempio di un progetto formativo sviluppato da CARD LOMBARDIA

1. Oggetto e finalità del gruppo di lavoro

1.1 Tema centrale e obiettivo generale

A seguito di un confronto approfondito tra i partecipanti, il gruppo di lavoro ha individuato come tema specifico e prioritario la costruzione di un percorso formativo replicabile rivolto all'équipe della Casa di Comunità. La formazione viene intesa come processo di apprendimento permanente sul campo, finalizzato a promuovere l'integrazione tra professionalità e saperi dei diversi operatori.

1.2 Contesto di riferimento: il gap tra riforma e implementazione

La definizione di percorsi formativi efficaci per le équipe multidisciplinari delle Case della Comunità rappresenta oggi un elemento imprescindibile per tradurre gli obiettivi della riforma territoriale (DM 77/2022 e PNRR) in un reale cambiamento culturale e organizzativo. Il PNRR ha investito prevalentemente su infrastrutture e tecnologia, lasciando invece meno definita la dimensione del capitale umano, della cooperazione e della crescita relazionale dei professionisti.

La formazione interprofessionale è quindi chiamata a colmare questo gap, fornendo alle équipe gli strumenti necessari per realizzare i principi della Comprehensive Primary Health Care (PHC), tra cui l'integrazione professionale e socio-sanitaria.

1.3 L'integrazione come sfida culturale

L'integrazione professionale rappresenta il cuore del modello CdC e richiede innanzitutto una condivisione del senso della sfida comune: ricostruire un sistema di salute più orientato alle persone e alle comunità.

Ciò implica un cambio di paradigma:

- dalla sanità alla salute;
- dall'azione individuale alla collaborazione multiprofessionale;
- dalla frammentazione dei servizi all'integrazione socio-sanitaria;
- dalle retoriche astratte alla pratica concreta.

1.4 La formazione come leva di cambiamento

Tale transizione non può realizzarsi senza un processo intenzionale di formazione e scambio di saperi, centrato sulle competenze relazionali e sulla costruzione di una cultura condivisa. Il gruppo di lavoro riconosce i limiti dei tradizionali modelli formativi, spesso troppo rigidi, teorici e verticali (top-down).

Si propone quindi un modello che:

- valorizzi le persone e le comunità di apprendimento;
- favorisca l'emergere dei saperi esperienziali e professionali;
- metta in dialogo linguaggi, culture e pratiche differenti;

- sostenga la costruzione di un vocabolario professionale condiviso.

1.5 La proposta: formazione-azione e apprendimento orizzontale

La proposta elaborata dal gruppo intende creare le condizioni per attivare un processo orizzontale di apprendimento permanente sul campo, basato su:

- formazione-azione, attraverso la riflessione strutturata sulle esperienze;
- formazione-intervento, finalizzata a generare coesione e convergenza di intenti all'interno dell'équipe.

Ogni componente dell'équipe porta con sé patrimoni distinti di:

- competenze tecnico-professionali;
- storia lavorativa e biografica;
- cultura organizzativa del servizio di appartenenza;
- mandato istituzionale.

La pratica interprofessionale richiede che tali elementi vengano conosciuti, condivisi e integrati, affinché ciascuno possa riconoscere il contributo degli altri e valorizzarne la specificità.

1.6 Due assi di lavoro: senso e operatività

Il gruppo individua due piani strettamente interconnessi su cui agire:

a) Piano del senso – “Perché lavoriamo insieme?”

Non è sufficiente comunicare procedure o definire compiti. È necessario attivare processi di sensemaking, orientati alla costruzione condivisa dei significati che guidano l'azione degli operatori

b) Piano operativo – “Come possiamo lavorare meglio insieme?”

Il percorso deve favorire:

- riflessività sulle esperienze quotidiane (learning after doing);
- apprendimento mediante interazione e scambio (learning by interacting);
- sviluppo di pratiche collaborative concrete all'interno dell'équipe.

2. Principi teorici e riflessioni sul tema della formazione interdisciplinare applicata alla Case della Comunità

I contributi della ricerca (soprattutto quella recente relativa all'implementazione delle CdC) restituiscono come dato fondamentale la **necessità di investire sulla formazione di competenze relazionali** per raggiungere una reale integrazione e l'auspicato **cambio culturale dei professionisti della salute**.

Non si deve pensare a queste competenze come altre rispetto alla pratica quotidiana o come assenti, ma sicuramente sono da riabilitare ed esercitare in modo diverso: il **paradigma prestazionale** che ha formato e dominato le pratiche professionali ha determinato una predominanza dei saperi cognitivo-concettuali e tecnico-normativi, **marginalizzando quelli relazionali** (Ingrosso, 2024) e rendendo la realizzazione degli interventi di salute singolari e separati, o nel caso migliore sequenziali.

La ritrovata centralità del **territorio**, che non è più semplicemente il "non-ospedale" (Cavichi, 2016) ma il primo e più importante dispositivo di salute, individua nella **CdC il luogo deputato all'accesso dei cittadini per i bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria, nonché il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità** (Bobini *et al.*, 2022).

Per gli operatori la CdC è il luogo fisico e simbolico del cambiamento, ma **non è automatico che la modifica del modello organizzativo si traduca in un cambio culturale rispetto all'integrazione**. Spesso invece viene dato per scontato che il cambiamento culturale sia una logica e diretta conseguenza.

Gli studi di comportamento organizzativo dicono invece il contrario: **la sedimentazione a livello culturale è la fase finale del cambiamento**.

Basti pensare che a parole l'integrazione è un concetto ben chiaro a tutti e su cui ben pochi si pronuncerebbero contro. Nella pratica però è appurato che non si lavora in modo integrato. Perché? Perché si deve cambiare il modo di lavorare, **perché le pratiche attuali non sono integrate. Il pensiero e l'azione si devono strutturare di pari passo e in modo coerente**, si deve provare a **tradurre in pratica l'integrazione** affinché poi si possa sedimentare a livello culturale.

L'altro aspetto da sottolineare è che **si tratta di un cambiamento nel cambiamento**: il sistema e la cultura devono cambiare insieme. La riforma è solo l'inizio del cambiamento del funzionamento organizzativo, quindi **il lavoro di costruzione dell'equipe si innesta in un contesto dinamico e non "già dato"**, che se da un lato porta complessità e imprevedibilità dall'altro offre l'opportunità di avere una quota di influenza nel determinarlo.

Questa è la **prospettiva del "change management"**, che evidenzia quanto in un cambiamento non siano solo coinvolte strutture e strategie ma **anche il "fattore umano"**. Le conseguenze sociali (intese come riguardanti le persone coinvolte nel cambiamento) non sono semplici prodotti. In questa prospettiva è necessario **dedicare pari tempo, attenzione e pianificazione agli aspetti relazionali in quanto fattori appartenenti a pieno titolo al processo**

di cambiamento. Non serve applicare un modello ma i principi sì (autori di riferimento: Lewin, Kotter).

La premessa teorica conferma la necessità di accompagnare la costruzione del cambiamento culturale, promuovendo sia momenti di riflessione sui **valori e significati** che (e in questa fase di evoluzione soprattutto) iniziative volte a **trasformare le pratiche quotidiane** in modo coerente con i reindirizzamenti di senso che si vogliono raggiungere.

È quindi necessario, come questo gruppo di lavoro sta promuovendo, l'avvio di un **processo di apprendimento permanente sul campo mediante formazione-azione e formazione-intervento** (Ingrosso, 2024), che porti a riconoscere il lavoro di salute non come sommatoria di contributi ma come **co-azione, nella teoria e nella pratica.**

3. Strategie generali

Rispetto alle iniziative di formazione importante **agire in parallelo su due piani:** sul livello di creazione di senso e sul livello concreto, a conferma di quanto affermato nella premessa teorica seguendo le seguenti traiettorie:

- **Progettare percorsi a lungo termine** che partano dalla **condivisione di una vision** (es: focus group con formatori professionisti) e periodicamente consentano di dare tempo e spazio per far emergere e rielaborare quanto si sta sperimentando nella pratica quotidiana.
- **Formazione condivisa su specifici oggetti di interesse comune,** non “fatta da” ma problematizzata insieme, arrivando poi a sperimentare soluzioni concrete, basate su una preliminare analisi dei bisogni.
- **Valorizzazione delle competenze dei professionisti** chiedendo di metterle a disposizione dei colleghi tramite incontri di formazione interna. Ciò stimola la motivazione e costituisce sia occasione di conoscenza che di costruzione di processi di lavoro condivisi.
- **Lavorare su fattori critici di interesse comune,** anche piccoli, ma che sono intralci continui nell'operatività quotidiana: affrontare problemi, situazioni contingenti in modo condiviso per definire modalità migliorative per tutti, fluidificare i processi e affrontare in modo diretto i colli di bottiglia. Ove possibile far arrivare le proprie istanze anche ai piani dirigenziali.
- **Allargare lo sguardo:** costruire collegamenti con altre realtà territoriali per creare alleanze significative anche oltre i propri confini territoriali per condividere buone prassi e soluzioni già sperimentate altrove.

4. I bisogni formativi dal punto di vista degli operatori:

- avere chiaro il mandato, la legislazione di riferimento e le finalità;
- conoscenza dei bisogni e delle risorse del territorio in cui si opera;

- conoscenza del lavoro dei colleghi con cui si opera e presentazione della propria professione;
- costruzione di un buon clima relazionale come base per favorire il benessere, l'efficacia degli interventi e l'ascolto del cittadino che si rivolge alla CdC;
- strumenti e metodi validati per costruire integrazione internamente ma anche col territorio e la rete esterna dei servizi;
- approfondimento del tema della prossimità.

5. Esempio di un progetto formativo sviluppato da CARD LOMBARDIA (Ornella Casati)

Obiettivi formativi:

- rafforzare il funzionamento dei team di lavoro;
- promuovere il lavoro in team;
- promuovere una leadership intesa come funzione e non come ruolo gerarchico
- favorire il riconoscimento reciproco tra professioni;
- stimolare consapevolezza emotiva e responsabilità condivisa ;
- comprendere il cambiamento organizzativo.

La formazione secondo il nostro modello:

- non è training tecnico;
 - non è coaching individuale;
 - non è formazione HR standard;
- È un dispositivo esperienziale di consapevolezza organizzativa;

Razionale metodologico:

Il metodo utilizza un setting formativo non sanitario, intenzionalmente distante dal contesto clinico, per:

- ridurre il condizionamento dei ruoli professionali;
- limitare difese cognitive e resistenze al cambiamento;
- favorire insight spontanei e riflessione autentica. L'apprendimento avviene attraverso esperienze narrative provenienti da ambiti extra-clinici (teatro, vita personale, responsabilità pubblica), che i partecipanti riportano autonomamente alla propria pratica professionale

Caratteristiche del setting:

- bassa formalità;
- alta attivazione cognitivo-emotiva;
- forte coinvolgimento narrativo;
- centralità dell'esperienza del gruppo.

Metodologia didattica:

- narrazione esperienziale;
- apprendimento trasformativo non direttivo;
- riflessione condivisa.

⚠ Il metodo non fornisce soluzioni preconfezionate, ma attiva processi di auto-riflessione e rielaborazione professionale. Tutti i corsi sono tenuti in collaborazione con un attore/regista.

Partecipanti al Laboratorio: Bianca Bassarov Quilico - Ambra Borghi - Antonino Burgio - Maria Bel-
leri - Antonino Burgio - Adriano Cancellieri- David Chinello - Attilia Galli - Loredana Gandola - Fabrizia
Grandelis - Ilaria IMI – Antonella Murrone - Tamara Pacchiarini - Fulvio Pedrazzini -
Ilaria Ripamonti