

XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) Matera, 25-27 settembre 2014

Poster presentati al Congresso

Poster # 1

New addiction: il gioco d'azzardo Apprendere dal paziente esperto

E. Angeli (1), N. Santuari (2), A. Marzano (3)

(1) Formatore Servizio Formazione dell'Azienda provinciale dei Servizi sanitari (APSS) di Trento

(2) Formatore Servizio Formazione dell'Azienda provinciale dei Servizi sanitari (APSS) di Trento

(3) Responsabile Servizio Formazione dell'Azienda provinciale dei Servizi sanitari (APSS) di Trento

Presentatore: Eleonora Angeli Formatore del Servizio Formazione dell'Azienda provinciale dei Servizi sanitari (APSS) di Trento, Via Paolo Orsi 1, Trento, cell. 3495623779, eleonora.angeli@apss.tn.it

Introduzione. In questi ultimi anni stanno crescendo alcuni disturbi del comportamento denominati *New Addiction* tra i quali il gioco d'azzardo; in Trentino, per la presa in carico di questa nuova dipendenza, è risultata strategica la collaborazione tra l'APSS e l'Associazione Auto Mutuo Aiuto (AMA). Anche nell'ambito della formazione si è attivato uno spazio di confronto tra i vari soggetti coinvolti nella diagnosi e nel trattamento di queste patologie, favorendo la

condivisione di informazioni, esperienze ed esigenze, sia tra professionisti della salute che con i pazienti.

Il disagio causato da questa patologia si presenta con sintomi in funzione dei quali il paziente, e spesso anche i familiari, chiedono aiuto al Medico di Medicina Generale (MMG), diventato destinatario privilegiato di un corso di formazione ad hoc.

Obiettivi. Fornire ai MMG conoscenze sulla dipendenza da gioco d'azzardo affinché siano in grado di riconoscerla e facilitare l'accesso ai servizi specializzati per il trattamento. Conoscere e saper utilizzare modalità comunicative e relazionali efficaci per gestire la relazione con il paziente ed i suoi familiari.

Materiali e metodi. Oltre a momenti teorici di approfondimento clinico, di inquadramento sociale ed economico della dipendenza da gioco ed ai *role playing* sulle tecniche di colloquio con il paziente, centrale è stata la testimonianza del vissuto di un ex giocatore d'azzardo accompagnato da un proprio familiare. Ciò ha permesso ai partecipanti di entrare in contatto con le reali difficoltà del paziente, favorendone il riconoscimento e la gestione nel futuro.

Conclusioni. Il dialogo tra l'ex "giocatore", oggi facilitatore di gruppi AMA, e i MMG partecipanti, è stato possibile grazie alla volontà/capacità del paziente di esercitare un ruolo consapevole, responsabile ed esperto nella costruzione di un rapporto

medico-paziente fondato sul rispetto, sulla condivisione di risorse, sulla parità e mutualità specifiche della relazione d'aiuto.

Poster # 2

La formazione in “cure palliative” nei bachelor in cure infermieristiche, terapia occupazionale e fisioterapia del Dipartimento Sanità della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (DSAN)

I. Bernardi-Zucca (1), G. Meli (2)

(1) Docente DSAN SUPSI

(2) Responsabile formazione Bachelor DSAN SUPSI

Dal 2012 la Svizzera si è dotata di una “Strategia Nazionale in materia di cure palliative” con l'obiettivo prioritario di creare le basi necessarie ad affrontare il tema delle cure palliative in maniera adeguata alle odierne esigenze. La strategia contempla diversi ambiti d'azione – tra cui la formazione – definendo degli obiettivi da raggiungere entro il 2015 mediante un'offerta formativa strutturata su tre livelli.

“Le cure palliative sono parte integrante della formazione di base, post-diploma e continua nei diversi settori delle professioni della salute a livello universitario (UFSP 2012). Nell'ambito delle cure palliative, l'interdisciplinarietà deve essere considerata un approccio imprescindibile (Hall & Weaver 2001).

Le strategie pedagogiche e didattiche messe in atto prevedono un'alternanza di momenti mono e pluridisciplinari.

L'offerta di un corso di livello A (livello di sensibilizzazione) rispecchia le indicazioni dei maggiori organi di competenza in materia di cure palliative: le Società nazionali (Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs) e quelle dell'European Association for Palliative Care.

Il modulo si propone di sensibilizzare lo studente ad integrare le basi dell'approccio palliativo così da poter assicurare, al paziente e alla sua famiglia nell'esperienza della malattia inguaribile, un sostegno che tenga in considerazione la qualità di vita.

Il corso di livello A prevede 5 giornate di formazio-

ne per un totale di 40 UD finalizzate a promuovere principalmente una riflessione critica rispetto al problema delle cure palliative su temi come la cronicità, il significato e lo scopo della cura cercando di modificare le rappresentazioni comuni che relegano le cure palliative alla fine della vita e all'ambito oncologico per favorire invece un concetto di cure palliative in tutte le situazioni con malattie croniche. Nel corso è previsto il confronto con specialisti attivi sul territorio favorendo l'identificazione degli elementi che accomunano e differenziano le tre professioni di cura.

La comunicazione presenterà la struttura della formazione, gli obiettivi ed alcune strategie didattiche.

Poster # 3

Il questionario MEDSTYLE: strumento per l'analisi degli stili di vita e abitudini alimentari e mezzo didattico di formazione sanitaria

L. Bonfrate (1), M. Lorusso (1), A. Di Gioia (1), G. Palasciano (1), P. Portincasa (1)

Clinica Medica “A. Murri”, Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari

Obiettivi. L'incremento esponenziale dell'obesità e di patologie ad essa correlate (malattie cardiovascolari, epatopatie, tumori, diabete) rende indispensabile l'avvio di misure di prevenzione e cura facilmente attuabili da parte del personale sanitario nelle popolazioni a rischio. In particolare, educare ad una sana alimentazione è possibile attraverso l'individuazione delle aree di criticità negli stili di vita.

Materiali e metodi. Il MEDSTYLE è un questionario elaborato dal nostro gruppo, che valuta fattori di rischio comuni e modificabili (alimentazione non appropriata, consumo di fast food, tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà), parametri antropometrici e familiarità per sovrappeso/obesità. Il MEDSTYLE impiega 35 items con immagini di porzioni di alimenti e bevande con cui il paziente identifica i propri stili di vita in modo assai aderente alla realtà. Il MEDSTYLE è stato testato su oltre 1500 soggetti

differenti per etnia, età, sesso e patologia.

Il MEDSTYLE promuove reti collaborative tra figure professionali differenti che utilizzano linguaggi simili (medici, biologi, infermieri, dietisti, etc.) per l'identificazione di anomalie di stili di vita e per la rieducazione dei pazienti con patologie sia funzionali (es. sindrome dell'intestino irritabile, intolleranze alimentari, etc.) che organiche (es. diabete, epatopatie, ipertensione arteriosa, malattie gastro-intestinali).

Inoltre, il MEDSTYLE ha valenza informativa e formativa per gli operatori in ambito clinico-nutrizionale nel raggiungere le seguenti competenze: approccio al paziente e anamnesi, valutazione dello stato nutrizionale, conoscenza dei micro e macro-nutrienti, epidemiologia clinica.

Conclusioni. il MEDSTYLE è un utile complemento per la valutazione degli stili di vita, fase indispensabile per i programmi di prevenzione e cura nelle popolazioni a rischio di elevata mortalità.

Poster # 4

La narrazione dei caregivers di pazienti in cure palliative

M. Clemente (2), G.B. D'Errico (3), M. Totaro (1), L. Iannantuoni (1)

(1) Hospice Don Uva Foggia

(2) Medico in Formazione Medicina Generale - Foggia

(3) Medico di Famiglia SIICP/SIPeM - Foggia

Questo lavoro si prefigge di analizzare quanto utile sia ascoltare i racconti di malattia vissuta dai caregivers e di come si possa migliorare la vita delle persone sofferenti e delle persone che li assistono.

Obiettivi. Con questo studio, si è cercato di far emergere le difficoltà reali e soggettive-personali, di coloro che per affetto o per lavoro si prendono cura di persone gravemente malate per le quali non vi è una lunga aspettativa di vita.

Quali e quanti sono i motivi di stress, di affaticamento dei caregivers e quali sono o potrebbero essere i mezzi per alleviare le fatiche e gli affanni di questi "...angeli...".

Materiali e metodi. Il campione definitivo selezionato è costituito da otto caregivers di pazienti oncologici degenti presso l'Hospice "Don Uva" di Foggia in cui la diagnosi di neoplasia del paziente assistito era a prognosi infausta.

È stata utilizzata una strategia di tipo qualitativo, che ha visto nell'intervista il principale strumento di rilevazione del "dato" esistenziale dei soggetti coinvolti. Ogni caregiver è stato invitato ad esprimersi sugli argomenti oggetto dello studio attraverso un'intervista condotta seguendo un questionario semi-strutturato con domande a risposta aperta. Benché nella conduzione dell'intervista la struttura e lo stile del racconto sono stati rigorosamente scelti dal soggetto intervistato, il questionario è stato a disposizione dell'intervistato per verificare le aree di maggiore interesse.

Durante l'intervista caregivers sono stati lasciati liberi di argomentare come meglio credevano le loro risposte, proponendo anche volontariamente alcuni aspetti o idee più personali.

Risultati e discussione. Dall'ascolto dei racconti dei caregivers è emerso chiaramente come l'elemento dominante sia il vivo dolore per la sofferenza del proprio caro, del proprio assistito; la volontà di aiutarlo in ogni modo e con ogni sacrificio, la ricerca continua di un mezzo per sostenerlo e migliorargli la qualità di vita, ma purtroppo le problematiche psicologiche, legislative, tecniche e logistiche e sanitarie che l'assistenza ad un malato oncologico terminale pongono trovano i caregivers impreparati a svolgere questo delicato compito per cui spesso vengono assaliti dalla "disperazione" perché il semplice "voler aiutare il proprio caro" non rappresenta un elemento sufficiente per risolvere i vari problemi che si incontrano.

Poster # 5

Un esempio concreto di una tesi di bachelor realizzata da studenti di tre corsi di laurea diversi

T. Clericetti (1), L. Paratore (2) L. Pino (3), A. Cavicchioli (4)

(1) Terapista occupazionale UR DSAN SUPSI

(2) Fisioterapista UR DSAN SUPSI

- (3) Infermiere UR DSAN SUPSI
 (4) Responsabile UR DSAN SUPSI

La tesi desidera verificare la buona pratica interdisciplinare in una realtà sanitaria ticinese, prendendo come riferimento la clinica di riabilitazione Hildebrand di Brissago che presenta un certificato del percorso REHA per pazienti operati di artroprotesi totale dell'anca.

È stata svolta una ricerca in letteratura che ha costituito una base teorica a sostegno della pratica interdisciplinare in ambito sanitario. In particolare è stata considerata una linea guida canadese (CIHCPIIS), che presenta sei domini attorno ai quali fondare tale pratica.

In seguito grazie alla collaborazione della Direzione della clinica, la ricerca si è potuta avvalere della presa di visione della pratica. Per analizzare la realtà riabilitativa nell'ottica proposta dalla linea guida sono stati creati e adattati degli strumenti d'indagine (interviste, questionari qualitativi e quantitativi e tabelle di osservazione) somministrati in seguito agli attori del percorso riabilitativo.

I risultati evidenziano molteplici fattori correlati ai sei domini che concorrono alla realizzazione di questa pratica che sono: una comunicazione inter-professionale efficace basata sull'uso di vari strumenti da parte degli operatori i quali fondano i ragionamenti clinici, gli obiettivi riabilitativi e le azioni terapeutiche sul principio di essere orientati e centrati sulla persona in cura; una molteplicità dei ruoli professionali, un'interazione e coordinazione tra di essi e un buon clima lavorativo che favorisce l'espressione e la risoluzione dei conflitti.

Dai risultati emersi appaiono strette correlazioni tra la realtà analizzata e la teoria considerata.

Poster # 6

Dall'analisi dei bisogni alla proposta di strumenti didattici: progettazione e realizzazione di un corso di formazione per tutor ospedalieri del cfs in medicina generale

F. Consorti (1), G. D'Ambrosio (2), D. Fiume (2), L. Gualtieri (2), A. Metrucci (2)

(1) Dipartimento di Fisiopatologia cardiocircolatoria, anesthesiologica e chirurgica, Sapienza, Università di Roma

(2) Medico di Medicina Generale

Poster # 7

L'esperienza aiuta ?

Studio sul cambiamento dell'intelligenza emotiva in un gruppo di futuri medici

D. Corrias (1), M.G. Strepparava (2)

(1) Docente a contratto, Health Sciences Department – Scuola di Medicina e Chirurgia – Università Milano-Bicocca, 20054 – Monza (MB),

(2) Professore Associato di Psicologia Clinica, Health Sciences Department – Scuola di Medicina e Chirurgia – Università Milano-Bicocca, 20054 – Monza (MB)

Studi internazionali (Haidet, et al, 2002; Hojat, et al., 2004) rilevano che con l'avanzare nel percorso universitario, negli studenti di Medicina diminuisce sia l'importanza attribuita agli aspetti relazionali nella cura del paziente sia il livello di empatia: elementi costitutivi, insieme alla motivazione, dell'intelligenza emotiva (Goleman, 2005), impalcatura di qualsiasi relazione.

Spesso questo cambiamento viene associato all'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri (Neumann et al., 2011).

Nella ricerca che presentiamo si è voluto verificare se l'esperienza di tirocinio abbia un'influenza sulle modalità con cui gli studenti si avvicinano alla cura dei pazienti anche nella Scuola di Medicina di un Ateneo Milanese.

Il protocollo di ricerca è costituito da due questionari self report, il Jefferson Scale Physician Empathy (Hojat et al., 2001) e il Patient Practitioner Orientation Scale (Krupat, 2000) e da una domanda aperta sul perché hanno scelto di fare medicina.

La ricerca è suddivisa in due studi. Il primo studio è svolto su 326 studenti frequentanti il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca: 190 studenti al secondo

anno (senza esperienza di tirocinio in ospedale), 136 studenti al quinto anno (con almeno 3 tirocini in reparti ospedalieri).

Il secondo studio prevede un disegno longitudinale: 40 soggetti hanno compilato il protocollo al secondo anno e successivamente al quarto anno. Per il primo studio è stata svolta un'analisi multipla lineare, per il secondo è stata applicata l'analisi del T-test.

L'esperienza di tirocinio non sembra influire sulle dimensioni prese in esame in questo studio. Questo fenomeno potrebbe essere messo in relazione con un atteggiamento funzionale dei tutori a cui questi studenti si riferiscono durante il tirocinio e anche con il fatto che hanno la possibilità di riflettere su questi aspetti già durante il secondo anno di corso.

Poster # 8

Formazione alla cura e all'interprofessionalità: un esempio concreto di un modulo di 6° semestre nella formazione di infermieri, terapisti occupazionali e fisioterapisti: "Collaborazione multiprofessionali e sviluppo delle professioni"

V. D'Angelo (1), G. Meli (2)

(1) Docente ricercatore

(2) Responsabile formazioni bachelor DSAN SUPSI

Si tratta di un modulo collocato nel 6° semestre di formazione, che si rivolge alle tre figure professionali in formazione nel nostro dipartimento. Per questo motivo dal punto di vista pedagogico-didattico è privilegiata la scelta di una forte attivazione degli studenti alla costruzione degli apprendimenti, in cui le dimensioni della collaborazione interdisciplinare e della complessità assistenziale costituiscono i concetti integratori del modulo stesso.

Gli studenti sono dunque posti nella condizione di confrontarsi con le dinamiche del lavoro di gruppo (che vengono poi analizzate e discusse), la scrittura scientifica e di gruppo, il lavoro in autonomia, l'autovalutazione di processo e di prodotto, la ricerca e la mobilitazione ed integrazione di conoscenze.

Gli studenti sono suddivisi in gruppi di lavoro interdisciplinari ed ad ogni gruppo viene attribuito un tutor.

Il modulo si svolge in alternanza tra attività laboratoriale (costituenti l'80% delle attività del modulo) e lezioni in plenaria, con il contributo di apporti ed esperienze dal mondo della pratica professionale. Concretamente in una prima fase viene loro chiesto di elaborare dei percorsi clinico-assistenziali per gruppi omogenei di pazienti diversi ed in contesti differenziati, in questo caso si pone l'accento sulle dimensioni organizzative e metodologiche attraverso la standardizzazione di processi di cura e riabilitazione.

In una seconda fase, a partire dai gruppi omogenei selezionati, vengono identificate un certo numero di situazioni cliniche complesse, in cui l'attenzione è posta sulle dimensioni della complessità ed unicità della persona, oltre che sull'approfondimento di tematiche specifiche scaturenti dalla situazione stessa.

Il prodotto delle attività laboratoriali confluisce in un elaborato scritto che costituisce l'oggetto della valutazione che, coerentemente, è sull'attività del gruppo stesso ma che contestualmente deve permettere di rilevare le competenze disciplinari specifiche ai tre curricula formativi.

Poster # 9

Perché ho messo il rossetto il giorno della mia mastectomia. Medicina narrativa ed empatia

G. Delvecchio (1), C. Carrubba (2), V. Brancato (3), S. Silva (4)

(1) Dip. PAC e Dip. Cure primarie ASL Bergamo

Introduzione. I medici di continuità assistenziale (MCA) della ASL di Bergamo hanno manifestato il bisogno di un corso introduttivo all'empatia. Convinti che l'empatia non si possa insegnare ma che ad essa ci si possa addestrare sviluppando attitudini innate, tra le tante espressioni con cui l'empatia si declina, si è scelto di privilegiare l'ascolto partecipe

ed attento del malato come momento fondante la relazione di cura.

Materiali e metodi. Si è predisposto nell'anno 2014 un intenso corso attivo e partecipativo secondo modalità andragogiche, concentrato in mezza giornata replicato per cinque volte e che ha coinvolto i 100 MCA dell'ASL divisi in piccoli gruppi di lavoro.

Allo scopo di accompagnare empaticamente l'intero percorso di cura, per l'impatto epidemiologico, clinico e simbolico, si è scelto di lavorare sul percorso dalla diagnosi alla guarigione riguardante casi di neoplasia mammaria.

Negli step del corso i singoli mandati focalizzavano l'attenzione e la reazione dei partecipanti alle emozioni e vissuti delle malate e ai coping relativamente a: riconoscimento diagnostico; intervento chirurgico; amastia postchirurgica e guarigione.

Per mettere i discenti in situazione e sviluppare elementi di competenza interpretativa ci si è avvalsi di narrazioni originarie di malate sotto forma di scritture, filmati, fotografie liberamente accessibili in editoria, mass-media televisivi e rete web.

Ogni elaborazione dei gruppi, focalizzata sulle evocazioni delle malate e sull'analisi del controtransfert dei partecipanti, è stata condivisa da tutti in plenaria e criticata propositivamente nei vari aspetti emersi nel dialogo tra i colleghi e nel confronto coi docenti in aula.

Risultati. Alla fine del corso si è convenuto da tutti che il pensiero narrativo che si avvale dell'autobiografia (scritta, per immagini e filmati), è strumento privilegiato di costruzione dell'io nella relazione di cura ed è esso stesso strumento di autoterapia. In aggiunta si è capito come, dopo mastectomia, l'auto-accettazione di sé che passa attraverso il recupero di un corpo estetico sia valore motivante la resilienza e, esprimendo un coping adattivo, si propone come via di autocura per la guarigione. Tali constatazioni entrano nel bagaglio della pedagogia terapeutica a disposizione dei MCA,

L'argomento e le modalità didattiche hanno coinvolto a fondo tutti i partecipanti. Il clima d'aula è stato caldo, assertivo e, in alcuni momenti, catartico con attenta vicinanza di tutti a quando presentato in aula. Le emozioni sono state liberate in maniera partecipativa ed elaborate col contributo di tutti. Il

gradimento finale è stato consono alle aspettative e alla modalità realizzativa del corso.

Materiale didattico:

- Geralyn Lucas, *Perché ho messo il rossetto il giorno della mia mastectomia*, TEA, Milano
- AA.VV., *La parola alle pazienti. Storie di giovani donne con tumore al seno*, Publimax, Roma 2010
- Silvia Mari., *Il rischio*, TIELLEMEDIA, Roma 2010
- David Jay, *The SCAR Project*, Meridian Printing 2011
- *Amazonen. Das Brustkrebs-Projekt von Uta Melle*, Kehrer, Berlin 2011
- *Gerdi ha il cancro le sue amiche si rasano a zero* (filmato pubblicato a cura di Repubblica TV)
- Patricia Zagarella, *Gli scatti della rinascita* - (filmato trasmesso a cura di Real Time TV)
- [http:// www.flickr.com/photos/sentenced2live/2684767183/in/photostream](http://www.flickr.com/photos/sentenced2live/2684767183/in/photostream)

Linda Morin, <http://thecouragetolookbeyond.ca/index.php>

Poster # 10

Peste nera e peste bianca: medical humanities e storie della medicina e della sanità

G. Delvecchio (1), S. Chiodini (2), M. Valeri (3)

(1) Insegnamento di Storia della Medicina

(2) Coordinatore Didattico di Sezione Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, Università degli Studi di Milano Bicocca sede di Bergamo

(3) Laureanda Medicina e Chirurgia Università Cattolica Roma

Introduzione. È convinzione che la conoscenza del passato attualizzata per mezzo delle *medical humanities* possa dare forma scientifica ed antropologica alle professioni sanitarie e continuità storica e spessore riflessivo al gesto di cura.

Questo intendimento insieme alla necessità in medicina di riunire la cultura umanistica con quella tecnico-scientifica a tutto vantaggio di un nuovo professionalismo in sanità, ha guidato l'insegnamento di Storia della Medicina nel Corso di Laurea TRM

realizzato negli anni accademici 2012-13 e 2013-14.

Materiali. Si è realizzato un corso didatticamente e culturalmente innovativo diviso in due sessioni successive di quattro ore ciascuno che hanno coinvolto come protagonisti i giovani allievi sotto la supervisione del docente.

Come obiettivo del corso non si voleva realizzare una cronistoria positivista e celebrativa della medicina quanto focalizzare alcuni cambi paradigmatici che ne hanno accompagnato lo sviluppo nei secoli a partire dal mito di Prometeo e di san Giorgio e dalla raffigurazione medievale del male tramite l'immagine del drago analizzata a fondo nella sua strutturazione simbolica ricorrendo agli studi di Michel Pastoureau.

I cambi nei paradigmi sanitari sono stati affrontati a partire dalla storia dell'architettura ospedaliera e dalle sue evoluzioni nel tempo. Partendo da spunti documentali, architettonici, letterari, da film e da brani d'autore che sono stati analizzati per quello che rappresentano o hanno rappresentato in rapporto alla storia dell'arte e della medicina, si sono volute ricostruire testimonianze sulle tante e diverse storie della medicina e degli uomini a partire dalle due peste: la peste nera e la peste bianca (TBC) intrecciate nella storia della bergamasca e nei suoi lasciti urbani.

La condivisione storico-culturale è stata effettuata nei luoghi stessi in cui la storia medica si è fatta e si è conservata nella memoria collettiva.

Dopo una breve presentazione d'aula dedicata a scopi e modalità dello studio della storia, una breve parte clinica è stata introdotta mediante cartoni animati della Pixar Animation Studios dei quali ci si è serviti per una storia ecologica e sanitario-igienistica dei rapporti tra topi e uomini in merito all'insorgenza della peste.

Ci si è quindi recati al lazzaretto di Bergamo per rivivere i capitoli dedicati alla peste dei Promessi sposi di Manzoni. Nella seconda giornata ci si è recati nei percorsi in pineta dell'ex ospedale sanatoriale di Pario e quindi nelle corsie dello stesso ricostruendo il passato con l'ausilio dei testi di Thomas Mann, di Gesualdo Bufalino e di Salvatore Satta.

Ci si è quindi recati sui vicini luoghi della peste rimasti nel territorio urbano con vestigia religiose ancora illustrate da affreschi coevi.

Tale percorso è servito per affrontare infine la tematica iconografica della danza macabra con il trionfo della morte negli affreschi dell'oratorio dei disciplini di Clusone conservati mirabilmente come i migliori dipinti tematici d'Europa.

Come mandato per valutazione di profitto finale si è affidata agli studenti la lettura dei testi integrali di Bufalino e Satta accompagnati a una scelta dei testi storici di Carlo Maria Cipolla.

La preparazione e la realizzazione del corso ha richiesto al docente e agli allievi un impegno che si è contenuto nell'attività oraria ordinaria.

La valutazione conclusiva a cura del docente e dei laureandi formulata con apposito questionario di gradimento è stata estremamente positiva con soddisfazione di tutti i partecipanti.

Conclusione. Sulla scorta di quanto attuato si ritiene fattibile l'apprendimento di elementi di storia della medicina e della sanità *in situazione* e con didattica attiva e partecipativa mediante l'apporto delle medical humanities. Si intende ripresentare tale proposta nel prossimo corso.

Poster # 11

La medicina basata sull'approccio interprofessionale

L. Di Lena, F. Pappagallo, A. Mascolo, M. Peragine, G. Palasciano

La Medicina contemporanea non può discostarsi da una Sua stessa caratteristica ormai essenziale: la necessità di lavorare in TEAM. Il termine "team" indica un gruppo di individui che collaborano per raggiungere un obiettivo comune, ovvero la salute della persona. Il concetto di interprofessionalità nasce, oltre che dall'ottimizzazione dell'iter diagnostico-terapeutico, anche da un limite intrinseco della mente umana, per cui una crescente acquisizione di informazioni è più redditizia se distribuita tra più menti che perseguano un obiettivo comune. L'ospedale del futuro va infatti inteso non più come risposta assistenziale univoca orientata alla patologia, bensì come una rete professionale multidisciplinare volta ai reali bisogni assistenziali, con nuovi livelli di

interazione e condivisione di dati, strumentazioni e spazi clinici. Questa prevede un confronto multidisciplinare e multiprofessionale fra i diversi operatori della salute che stabilisca un piano diagnostico-terapeutico-assistenziale-riabilitativo (PDTA) adeguato alle necessità del paziente. Definito e condiviso il PDTA con il paziente e i suoi familiari, si passa alla sua attuazione. Risulta importante, a tal fine, rispettare i tempi di degenza previsti previa organizzazione dei protocolli di utilizzo della tecnica strumentale appropriata. In questa fase, i singoli professionisti operano indipendentemente, ma con continua condivisione di informazioni riguardanti i risultati ottenuti. Altrettanto importante è la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo per eventuali correzioni al PDTA oppure per la dimissione. Concludendo, l'approccio interprofessionale diviene di crescente utilità nella gestione delle risorse e nel raggiungimento dell'obiettivo. Imparare a lavorare in interprofessionalità significa considerarsi membro di un gruppo che indirizzi le proprie risorse alla cura, al coordinamento della attività, al problem solving, e più in generale alla restitutio ad integrum psicofisica del paziente.

Poster # 12

L'esperienza dei corsi ENLS (European Neonatal Life Support) nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

L. Fontana (1), A. Marzano (2)

(1) Formatore Servizio Formazione Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS)

(2) Responsabile Servizio Formazione Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS)

Introduzione. Il 72% degli eventi sentinella nelle UO di terapia intensiva neonatale ha errori di comunicazione, abilità specifica del lavoro in team, come fattore favorente; inoltre, i pazienti hanno bisogni di salute sempre più complessi che richiedono di essere affrontati da più di una disciplina.

Secondo l'Institute of Medicine i professionisti che lavorano in un team interprofessionale comunicano

meglio e affrontano meglio i bisogni di salute dei pazienti (2); inoltre esplorare i confini di ogni professione aiuta a capire meglio i doveri della propria.

Obiettivi. Promuovere e/o migliorare la capacità di lavorare in équipe multi professionale da parte degli operatori che prestano servizio in sala parto per ottimizzare la presa in carico del neonato nella fase immediatamente successiva alla nascita.

Materiali e metodi. Per la formazione dei professionisti che operano nei punti nascita è previsto, in APSS, il corso ENLS (*European Neonatal Life Support*) secondo Linee Guida "Italian Resuscitation Council" (IRC) in cui i partecipanti sono "operatori sanitari con qualsiasi qualifica che possono trovarsi nella situazione di dover rianimare un neonato alla nascita". In accordo con il Responsabile Scientifico, il Servizio Formazione ha ritenuto di coinvolgere professionisti dello stesso punto-nascita e riorganizzati in mini équipe formate da 1 ostetrica, 1 neonatologo, 1 anestesista, 1 infermiere di Anestesia/Rianimazione, 1 pediatra, 1 ginecologo; durante le esercitazioni sono previsti "scenari" in cui i professionisti, simulando il proprio ruolo, acquisiscono mappe mentali e algoritmi condivisi tra i diversi profili.

Conclusioni. La multiprofessionalità agita nella formazione può favorire l'acquisizione/affinamento di competenze di comunicazione, coordinamento e collaborazione nella presa in carico del paziente, critico in particolare, e facilitare il trasferimento delle competenze apprese nella realtà lavorativa.

Poster # 13

Non technical skills in sanità: l'importanza del team

D. Frezza (1), M. Antoniutti (1)

(1) Dirigente Responsabile del Servizio Formazione e Aggiornamento -Azienda ULSS 9 - Treviso

Il personale appartenente all'aeronautica e all'ambito sanitario necessita non solo di acquisire conoscenze, ma anche specifiche competenze nel saper lavorare in team e quindi i professionisti devono dimostrare non soltanto di conoscere cosa fare, ma

anche di applicarlo in maniera efficace e sicura.

In aviazione le modalità formative e di addestramento sulle Technical e Non Technical-Skills, intese come integrazione di competenze, hanno portato a grandi risultati nella prevenzione degli errori; tali modalità si stanno aprendo anche in Ambito Sanitario.

Le competenze non tecniche sono tutte quelle abilità che completano quelle tecniche e sono molto importanti in questi settori; possono essere sia individuali che di gruppo e sono: la Consapevolezza Situazionale (Situation Awareness), il prendere la decisione corretta (Decision Making), la Comunicazione, la Leadership e il Teamworking.

Rafforzare il training del lavorare in team, rispetto al lavorare semplicemente in gruppo, diviene importante nella qualità delle prestazioni erogate e nella gestione proattiva del rischio clinico, anche in seguito alle logiche del contenimento della spesa che si aggiungono ad una complicata situazione economica, valorizzando così le proprie risorse interne e di contesto.

Il Teamworking diviene quindi un aspetto cruciale nelle Organizzazioni Sanitarie attuali; valorizzando le potenzialità innalzando la qualità delle prestazioni erogate. Gli Autori presentano su questi temi delle esperienze in una grande organizzazione sanitaria. Flin R. e Maran N. 2004. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine, Quality Safety Health Care, vol. 13.

Poster # 14

Alleanze formative e organizzative per la salute!

Leggere al bambino, fa bene alla salute

P. Gerboni (1), V. Patregnani (2), A. Bianchini (3), T. Busca (4), M.G. Luzzini (5), B. Marchionni (6)

(1) Collaboratore amministrativo, U.O.C. Ufficio Relazioni con il Pubblico

(2) Bibliotecaria

(3) Responsabile formazione provincia Pesaro

(4) Responsabile URP AVI Fano

(5) Responsabile UO Formazione AV I Fano

(6) Po Formazione AVI Fano

L'Area Vasta I (AV) di Fano ha fatto suo il progetto nazionale Nati per leggere (NPL), nato in Italia nel 1999, dall'alleanza tra bibliotecari e Pediatri di Libera Scelta (PLS) che promuove la lettura ad alta voce da parte dei genitori ai bambini di età compresa fra 0-6 anni-impegnandosi ad incentivare e diffondere capillarmente le buone pratiche della lettura ad alta voce sul territorio provinciale dell'AVI.

Il progetto vede la presenza di diversi partner tra cui Comuni, Provincia, AV I, PLS, nonché il Comitato provinciale Unicef.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'AVI ha i compiti di raccordo tra i diversi attori sociali, sanitari, associazionismo, di porre in essere azioni integrate di coinvolgimento e sostegno, nonché in collaborazione con UOS Formazione dell'AVI specifici momenti formativi e informativi.

Obiettivi. Promuovere la lettura ad alta voce ai bambini di età compresa tra gli 0 e i 6 anni. Creare una rete tra tutti gli attori coinvolti nel progetto compresi i familiari dei bambini stessi.

Attività. Le principali attività dell'AVI in collaborazione con i Servizi Bibliotecari della provincia sono:

- aggiornare le collezioni librerie presenti negli spazi individuati
- inserire un testo informativo sul progetto NPL nei libretti di salute del bambino;
- organizzare occasioni di incontro con i genitori in attesa durante i corsi pre-parto (incontro mensile specifico tenuto dal PLS e Bibliotecario);
- comunicare e diffondere tra i genitori il progetto NPL attraverso la distribuzione del materiale informativo;
- formare con specifici corsi il personale socio-sanitario dell'AVI
- donare un primo libro ai nuovi nati da parte dei pediatri di libera scelta;
- avviare ogni altra azione di promozione del progetto e connesse attività di formazione.

Conclusioni. L'attività ha avuto percorsi di apertura nuovi, quali letture mensili presso i pediatri e punti sanitari da parte del Gruppo di Lettori Volontari di NPL della biblioteca di Fano con promozione e diffusione della lettura ai genitori e loro bambini in attesa per visite presso gli studi pediatrici, ecc.

Poster # 15**La relazione d'aiuto nel fine-vita: valutazione di un modello formativo per gli studenti di medicina**

P. Lembruni (1), M. Miniotti, F. Zizzi, R. Peraglie, S. Bassino, A. Bovero, R. Torta

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, Struttura di Psicologia Clinica e Oncologica, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

(1) Professore aggregato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, Via Cherasco 11, 10126 Torino paolo.leombruni@unito.it

Background. I professionisti del settore sanitario sono sempre più consapevoli della necessità di un approccio umanistico alla terminalità.

Nella pratica clinica, tale approccio richiede attitudini specifiche. Dati di letteratura riportano che gli studenti di medicina si sentono spesso impreparati ad affrontare le tematiche relative al fine vita.

Materiali e metodi. Il presente lavoro ha lo scopo di indagare l'efficacia di un tirocinio professionalizzante obbligatorio (TP) centrato sulla concezione umanistica della medicina, sulla relazione medico-paziente, sulla filosofia dell'hospice e sullo sviluppo delle attitudini comunicative e relazionali necessarie nel rapporto col paziente terminale.

Il TP comprende lezioni frontali, proiezione di spezzoni di film e incontri interattivi.

In questo studio longitudinale sono stati coinvolti 80 studenti di medicina del secondo anno, le cui attitudini alla presa in carico del paziente terminale sono state valutate attraverso il Frommelt Attitude Toward the Care of the Dying Scale form B (FATCOD-B), che è stato per questo proposto all'inizio e alla fine del percorso formativo.

Risultati. Il t-test ha mostrato un incremento statisticamente significativo del FATCOD-B dopo il TP ($d=0,6$).

Conclusioni. I risultati ottenuti suggeriscono che un percorso formativo come quello proposto con il Tirocinio Professionalizzante qui discusso, potrebbe essere un efficace strumento di sensibilizzazio-

ne e di preparazione per gli studenti di medicina al mantenimento di un approccio terapeutico umanistico, centrato sul paziente, anche nel trattamento del fine-vita.

Poster # 16**“Voglio fare il medico perchè...”: indagine sui profili motivazionali in un campione di studenti di medicina**

C. Maffei C. (1), MG. Strepparava (2), C. Sebastiano (1), M. Spelta M. (1), F. Vitale (1), S. Borroni (1), A. Ambrosi (1), A. Fossati (3).

(1) Università Vita-Salute San Raffaele, Milano - Ospedale San Raffaele, Milano

(2) Health Sciences Department, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca

(3) Università LUMSA, Roma - Ospedale San Raffaele, Milano

Recentemente le Università di Medicina e Chirurgia di molte nazioni stanno analizzando criticamente le modalità di ammissione al corso di laurea, al fine di rispondere ai cambiamenti che stanno avvenendo nella società odierna.

Al *buon medico* non sono più sufficienti le sole conoscenze teoriche e pratiche, ma deve possedere anche doti umane e *skills* comunicative. Tutto ciò porta a riconsiderare se il test attuale, che valuta le capacità cognitive, sia adatto a selezionare il futuro *buon medico*.

La motivazione alla scelta costituisce – secondo diverse ricerche – un fattore che può essere sia protettivo per la continuità e il successo nel percorso accademico, che – in taluni casi – un elemento che favorisce la rinuncia agli studi o il ritardo nel conseguimento del titolo professionale.

Lo studio presentato è un'analisi del profilo motivazionale degli studenti che i sono iscritti al test di ammissione al CdLM in Medicina e Chirurgia dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

I 3544 candidati hanno compilato on-line un questionario auto-somministrato sulle motivazioni alla scelta e sono stati individuati i profili motivazionali

prevalenti o caratteristici. La categorizzazione così ottenuta è stata poi applicata alle risposte dei 414 studenti iscritti nell'aa 2013-2014 ed è stata valutata l'associazione dei diversi profili motivazionali con l'assetto valoriale (Schwartz, 2006) e con alcuni tratti di personalità misurati con il Big Five (Costa and McCrae, 2008).

L'analisi delle classi latenti ha consentito di individuare dieci profili motivazionali, ma solo per alcuni di essi è presente una relazione con l'esito del test di ammissione, mentre non sono state riscontrate differenze nella distribuzione dei profili nei diversi anni accademici. Alcune differenze significative sono emerse tra il profilo motivazionale degli studenti già iscritti e i relativi profili di personalità, così come in alcuni casi è possibile osservare un differente profilo valoriale. Uno studio longitudinale di questi aspetti e correlazione con gli esiti accademici potrebbe costituire una successiva e utile evoluzione dell'analisi presentata.

Poster # 17

Problematiche e prospettive di educazione degli adulti: un'indagine sui bisogni formativi dei tirocinanti del 1° anno di Corso della Formazione Specifica in Medicina Generale di Modena

L. Mantovani

Medico di Medicina Generale,

Oggetto dell'indagine. bisogni formativi del Medico di Medicina Generale e, sul piano empirico, i bisogni formativi dei tirocinanti del 1° anno di corso del Tirocinio Specifico in Medicina Generale di Modena.

Fasi dell'indagine. Le fasi in cui si articola sono integrate fra di loro, le sue componenti principali consistono nella definizione del quadro teorico e metodologico di riferimento, nella esplicitazione delle domande, ovvero le questioni che l'indagine vuole affrontare, nella definizione del metodo che riguarda la determinazione del campione, degli

strumenti, delle strategie di raccolta e di analisi dei dati.

Una volta definito il quadro teorico generale in cui sono stati esplicitati quelli che sono, in generale, i bisogni formativi del MMG, sono state individuate le questioni specifiche. Gli argomenti indagati sono stati: cosa intendono i corsisti per bisogni formativi, le differenze che intercorrono tra i bisogni formativi di un medico in generale e quelli di un medico di Medicina Generale, gli elementi di debolezza emersi durante i seminari del Corso, gli aspetti positivi dei seminari, le caratteristiche che dovrebbe avere un seminario ideale, gli argomenti in cui come medici in formazione si sentono carenti, le abilità relazionali che sentono di dover ancora acquisire.

Campione dell'indagine. L'indagine ha coinvolto 11 tirocinanti del 1° anno del Corso di Formazione Specifica di Modena, di cui 6 tirocinanti con borsa di studio e 5 tirocinanti senza borsa di studio. Gli strumenti dell'indagine: scheda socio-anagrafica, professionale e formativa e focus group.

Analisi dei dati. L'intervista di gruppo è stata analizzata con il metodo "carta e penna" e sono stati raccolti i temi ricorrenti.

Il fil rouge che accomuna una grande parte degli interventi:

- possibilità di calare quanto appreso in teoria nella realtà quotidiana del MG;
- possibilità di apprendere da lezioni concrete, frutto dell'esperienza dei relatori/animatori e fortemente centrate sulle conoscenze e abilità necessarie a svolgere correttamente l'attività professionale;
- utilizzo di metodologie didattiche interattive.

Conclusioni. La raccolta dei bisogni formativi degli studenti può essere uno strumento utile per il miglioramento del percorso formativo del Tirocinio specifico in Medicina Generale

Poster # 18

Intervento psicoeducativo rivolto ai familiari dei pazienti con disturbo di personalità borderline: il ruolo dell'infermiere

B. Marchionni (1), ML. Ridolfi (2), P. Montenegro (3)

(1) Infermiera coordinatrice UOS Formazione AV I Fano ASUR MARCHE

(2) Dirigente medico responsabile CSM del DSM AV I Fano

(3) Infermiera del DSM AV I Fano

Presso il DSM di Fano, è stato organizzato un progetto di ricerca sperimentale, rivolto ai familiari dei pazienti con disturbo di personalità borderline e che prevede l'applicazione di un intervento psico-educativo, è il Gruppo Familiare Multiplo (GFM), ideato e condotto da John Gunderson all'ospedale McLean dell'Harvard University a Boston.

Il GFM ha trovato la sua prima applicazione in Italia presso il Dipartimento del Salute Mentale (DSM) Area Vasta I di Fano.

In particolare l'obiettivo del progetto è stato quello di approfondire il ruolo dell'infermiere all'interno del GFM, dove l'infermiere ricopre il ruolo di co-leader all'interno di questo tipo di intervento psicoeducativo rivolto ai familiari che si esplica in differenti funzioni nelle tre fasi di cui il progetto si compone: esso infatti è co-docente e tutor e partecipa attivamente alla fase di didattica; favorisce lo sviluppo dell'alleanza di gruppo ed è attento ad individuare le dinamiche problematiche che potrebbe pregiudicarla; partecipa attivamente agli esercizi di role playing.

È stato introdotto uno strumento di valutazione degli obiettivi raggiunti alla conclusione della prima fase di trattamento del GFM, che assieme alla introduzione di tecniche appartenenti alla Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) costituiscono elementi di novità rispetto al progetto originale.

A tale scopo è stato redatto un questionario mirato ad investigare sia il grado di raggiungimento degli obiettivi che caratterizzano la prima fase del modello GFM classico, sia gli elementi peculiari dell'esperienza fanese, ovvero il grado di apprendimento delle tecniche della DBT.

Risultati: significativi e consistenti con l'acquisizione di competenze specifiche sul ruolo del co-leader nell'intervento psicoeducativo.

Gli outcome sono stati:

Outcome diretti: effetti diretti sulle famiglie

Outcome indiretti: effetti sul decorso della patologia del paziente

Poster # 19

Educazione terapeutica alla persona con diabete: laboratorio di infermieristica per l'elaborazione di strumenti informativi

C. Marmiroli (1), R. Fantelli (1), R. Fantuzzi (1), S. Finotto (1), L. Franceschini (1), V. Giorgi (1), C. Graddellini (1), S. Lusetti (1), B. Marconi (1), G. Morini (1), E. Pighini (1), F. Prandi (1), S. Regnani (1), B. Villa (1), D. Mecugni (2)

(1) Tutor Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia

(2) Direttore della didattica professionale, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia sede di Reggio Emilia, Ricercatore MED/45, Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Introduzione. Il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia, considera l'insegnamento di Infermieristica nella cronicità ed Educazione Terapeutica fondamentale per sviluppare competenze di educazione terapeutica alle persone affette da patologie croniche.

I riferimenti metodologici, etici, relazionali possono essere trattati nella docenza frontale (Wass, Backhouse, 1995) mentre la parte applicativo-esperienziale presenta alcune difficoltà legate alla caratteristiche dei percorsi di tirocinio, che non consentono il consolidamento di capacità cliniche, relazionali e gestionali (Mooney, Timmins, Byrne, Corroon, 2011).

Obiettivi. Laboratorio Pedagogico al II anno di Corso con l'obiettivo di rendere lo studente abile nell'individuare le problematiche principali del paziente diabetico e nel progettare interventi educativi scritti.

Materiali e Metodi. Laboratorio pedagogico della durata di 5 ore nel quale gli studenti, guidati dai Tutor a piccolo gruppo e con l'ausilio di supporti informatici, hanno elaborato e successivamente condiviso opuscoli informativi scritti utili all'educazione terapeutica.

Gli argomenti proposti sono stati:

- Stile di vita
- Terapia insulinica
- Controllo glicemico
- Gestione ipoglicemia
- Prevenzione complicanze: piede diabetico e neuropatie
- Prevenzione complicanze: retinopatie, nefropatie, problemi cardiocircolatori

Risultati. L'acquisizione della metodologia (Whitehead, 2002) ha guidato gli studenti nel gestire l'informazione sanitaria con maggior autonomia di giudizio, consapevoli che la carta rimane un supporto alla relazione terapeutica all'interno dei processi di educativi.

Conclusioni. Il valore dell'informazione scritta è spesso sopravvalutata rispetto a quello della relazione ma rimane pur sempre una delle azioni che gli studenti possono sperimentare in clinica poiché tali strumenti attribuiscono loro maggior sicurezza (Holt, Warne, 2006).

Poster # 20

Open Educational Resources in medicina

M. Masoni (1), MR. Guelfi (1), GF. Gensini (2)

(1) Ricercatore, Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze.

(2) Professore Ordinario, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze.

Lo sviluppo di Internet è sempre stato accompagnato ad una filosofia di "openness" che oggi è alla base di movimenti che sostengono la circolazione libera della conoscenza (*Open Knowledge*), l'accesso ai risultati della ricerca (*Open Access*) e una formazione fruibile universalmente (*Open Education*).

Le Open Educational Resources (OER) sono contenuti didattici liberamente disponibili e riutilizzabili. Alle OER appartengono i Massive Online Open

Courses (MOOC), corsi gratuiti, aperti a un numero elevato di partecipanti, che possono essere fruiti tramite Web.

I primi MOOC sono stati organizzati dalle più prestigiose istituzioni formative internazionali registrando decine di migliaia di iscritti. Questo fenomeno ha determinato la nascita di diverse startup, le più importanti delle quali sono Coursera dell'Università di Stanford e EdX del MIT.

A tali startup si sono recentemente consociate Università di numerosi paesi.

Le prime esperienze sulle OER, e soprattutto sui MOOC, conducono a un profondo ripensamento dell'istruzione universitaria, che lascia presagire importanti trasformazioni future.

Riteniamo che le organizzazioni universitarie e sanitarie debbano celermente esperire l'uso di OER poiché le istituzioni che entreranno in gioco prima di altre potranno godere di un importante vantaggio sui competitori che si rivelerà centrale per la futura sopravvivenza nel mercato della formazione. Le Università dovranno imparare a confrontarsi sempre più frequentemente con istanze di globalizzazione a cui appartengono modelli di business tipici della rete, che potrebbero determinare la scomparsa di Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia minori, incapaci di competere a livello (inter) nazionale con grandi Università in grado di abbattere i costi della formazione agendo su un elevato numero di utenti. Questo scenario è tanto più prossimo quanto più consideriamo le gravi difficoltà finanziarie in cui versa l'Università italiana

Poster # 21

Il paziente oncologico si racconta: sette interviste e un diario

L. Mazzeo (2), G.B.D'Errico (1), M. Totaro (3), L. Iannantuoni (1)

(1) Medico di Famiglia SIICP/SIPeM- Foggia

(2) Medico Formazione in Medicina Generale - Foggia

(3) Hospice Don Uva Foggia

Il presente studio di ricerca si propone di dimostrare l'opportunità in un contesto oncologico del ricorso all'approccio narrativo, come strumento che permette di fare luce sulle peculiarità e sulle problematiche caratterizzanti questa particolare tipologia di malattia, al fine di migliorare la relazione medico-paziente e la percezione che il malato ha della propria patologia.

Obiettivi. 1. approfondire la conoscenza degli stati d'animo del paziente oncologico e le difficoltà da lui riscontrate al momento della diagnosi e nelle diverse fasi terapeutiche della malattia;

2. riflettere sugli atteggiamenti e sui bisogni più sentiti dal paziente, in relazione al rapporto con i professionisti sanitari con cui è entrato in contatto;

3. esplorare le dimensioni di significato più rilevanti per il paziente oncologico, riguardo al rapporto in particolare con la figura di riferimento e più in generale con gli altri (parenti, amici e conoscenti).

Per perseguire tali obiettivi si è scelto come metodo di studio quello dell'analisi qualitativa, privilegiando la narrazione come strumento di indagine sul punto di vista dei pazienti, con la conseguente analisi ed interpretazione dei dati raccolti con il metodo della Grounded Theory.

Gli strumenti di indagine cui si è fatto ricorso sono due: l'intervista, proposta a sette pazienti, e il diario, di cui si riporta un esemplare. Strumenti di diversa tipologia, accomunati però dal fatto che favoriscono un'immersione pressoché totale nel vissuto soggettivo, emotivo e psicologico del paziente.

Materiali e metodi. Il campione selezionato e arruolato è costituito da sette pazienti, tre uomini e quattro donne. A tutti è stato proposto un questionario semistrutturato di dieci domande a risposta aperta, raggruppabili per aree tematiche:

- domande da 1 a 3: l'incontro con la malattia, con particolare riferimento al momento della comunicazione della diagnosi;
- domande da 4 a 5: il percorso terapeutico affrontato e l'assistenza sanitaria ricevuta;
- domanda 6: il rapporto con la figura di riferimento;
- domande da 7 a 9: i cambiamenti di vita e di socialità che hanno coinvolto il paziente;
- domanda 10: l'utilità e la positività del raccontare il proprio vissuto di malattia.

Per quanto riguarda il diario, in esso l'autore ripor-

ta nel dettaglio i particolari più minuziosi del suo percorso di cura (citazione integrale della diagnosi, elenco dei farmaci assunti, riferimento ai costi economici sostenuti, nominativi degli ospedali visitati e dei medici consultati) e non mancano i commenti dai toni volutamente polemici sulla condizione del malato e sulla vita in corsia.

Risultati e discussione. Dalla ricerca effettuata sono emersi i seguenti aspetti:

- la voglia e la necessità del paziente di raccontarsi, di condividere l'esperienza del dolore, come se il malato non aspettasse altro che di poter parlare;
- l'opportunità per il medico dell'ascolto, nella consapevolezza che rappresenta un'occasione unica per rilanciare e arricchire il rapporto medico-paziente;
- l'utilità di una solida relazione del medico con il paziente, che gli faccia da guida dentro il doloroso viaggio della malattia e lo aiuti a innescare il "meccanismo" di rinascita dell'accettazione e della speranza;
- l'importanza di una corretta comunicazione, come base per la costruzione della preziosa "alleanza terapeutica"

Poster # 22

Un esempio concreto di un Curriculum Bachelor in cure infermieristiche, terapia occupazionale e fisioterapia

G. Meli (I)

(I) Responsabile formazioni bachelor DSAN SUPSI

Il Dipartimento sanità (DSAN) della Scuola Universitaria della Svizzera Italiana (SUPSI) è attivo dal 2006 e propone cicli triennali di Bachelor in Cure infermieristiche, Terapia Occupazionale e Fisioterapia oltre a programmi di formazione continua in ambiti clinici e di gestione nella forma dei Certificati e Diplomi di studi avanzati (CAS e DAS) rivolti ai professionisti della cura.

Sin dalla sua costituzione il DSAN ha concretizzato i curricoli Bachelor prevedendo moduli formativi comuni alle tre professioni (42 ECTS su 180) e

moduli specifici (138 ECTS), convinti dell'assoluta necessità di sviluppare dall'inizio della formazione un approccio interdisciplinare. Se nel 2006 questa esperienza era unica nel panorama nazionale delle formazioni Bachelor in sanità, nel 2014 altre università hanno modificato i curricula intraprendendo questa interessante via formativa.

Nell'ottobre 2013 l'Ufficio Federale della Salute Pubblica, nell'ambito del progetto nazionale "Salute 2020", ha pubblicato il rapporto finale del gruppo tematico "Interprofessionalità" che presenta un concetto di apprendimento dell'interprofessionalità (IPE) fondato su esempi concreti di collaborazione interprofessionale come prima tappa di una futura introduzione strutturata e coordinata dell'IPE negli studi di medicina e nelle professioni sanitarie.

L'OMS stessa ritiene l'interprofessionalizzazione una sfida indispensabile per affrontare gli scenari assistenziali sempre più complessi.

Il termine interprofessionalità comprende due aspetti complementari (WHO 2010), la formazione interprofessionale (IPE) che porta ad una pratica collaborativa o interprofessionale (IPC) centrata sul paziente.

L'oggetto della comunicazione/poster consiste nella presentazione della struttura curricolare con attenzione alle attività che mirano allo sviluppo dell'interprofessionalità dal 1° al 6° semestre di formazione Bachelor al DSAN.

Oltre a questo potranno essere forniti alcuni indicatori di outcomes riferiti alle competenze in ambito di interprofessionalità rilevati dagli ex studenti e dai loro responsabili infermieristici nelle valutazioni di Follow up a 1 anno dal diploma.

¹ European Credits Transfer System (in Italia CFU)

Poster # 23

Il Care Giver: l'alleanza educativo-terapeutica con l'equipe nell'assistenza domiciliare. Un'esperienza nella formazione degli studenti delle lauree sanitarie

A. Menghisteab, C. Bena, N. Bonisoli, P. Chiara, A. M. Cornero, L. Garrino, S. Gregorino, S. Grigolo,

A. Moletto, E. Parente, C. Rizzati, C. Tortola, R. Zucchi

Introduzione. Nel contesto domiciliare l'assistenza alla persona assistita richiede un orientamento che restituisca centralità alla famiglia, fulcro intorno al quale si attivano, in base ai diversi livelli di competenza, varie professionalità che interagiscono nei processi di cura (OMS, 2006). Obiettivo di questa esperienza formativa è sviluppare una cultura interprofessionale che valorizzi il caregiver, come soggetto alleato e protagonista, che entra a pieno diritto nell'equipe attraverso un patto educativo-terapeutico di co-responsabilità famiglia-sanità.

Obiettivo. Presentare l'esperienza formativa e valorizzare le metodologie didattiche utilizzate nel corso. Sensibilizzare all'uso degli strumenti proposti per la realizzazione dell'alleanza educativo-terapeutica.

Materiali e metodi. Il corso è stato gestito da un team multiprofessionale di docenti. Gli strumenti che hanno caratterizzato l'offerta formativa sono la Narrative Based Medicine, la Metodologia Pedagogia dei genitori, l'ICF, e le abilità di counseling. Ci si è avvalsi di narrazioni e testimonianze di genitori e caregivers, successive riflessioni ed elaborazioni da parte degli studenti, filmati, simulazioni. La valutazione di gradimento del corso è stata condotta con un questionario anonimo articolato in tre domande aperte ed una scala Likert a 5 punti.

Risultati. L'attività elettiva si è svolta in una prima edizione pilota nel 2013 e in due edizioni nel 2014 con la partecipazione complessiva di 41 studenti dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie e del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino. Le professioni presenti sono state: infermieri, infermieri pediatrici, logopedisti, ostetriche, dietisti, medicina e medici di medicina generale. Sono state raccolte 80 narrazioni degli studenti e tre testimonianze di caregivers. Il gradimento è stato molto positivo. Viene sottolineata l'originalità dell'offerta formativa, la ricchezza dei contenuti e la diversificazione delle metodologie utili al raggiungimento degli obiettivi.

Conclusioni. Nell'ambito dell'attività elettiva gli studenti hanno avuto l'opportunità di valorizzare ed elaborare il proprio "sapere esperienziale",

quello dei professionisti, dei pazienti e delle famiglie attraverso le narrazioni e di coglierne aspetti professionalizzanti. Gli studenti sottolineano la presenza di equilibrio tra la parte emotivo-relazionale stimolata dall'ascolto e dalla riflessione e gli spunti teorici e pratici presentati dai docenti. Il corso contribuisce allo sviluppo di una cultura della cura che si avvale di metodologie narrative, quali la Narrative Based Medicine, di competenze umane professionalizzate e di comunicazione efficace attraverso le abilità di counseling, la Metodologia Pedagogia dei Genitori e l'ICF.

Poster # 24

Una pagaia per tutte. Studio qualitativo sulla ripresa psico-sociale attraverso il *Dragon Boat* nelle donne mastectomizzate

Stefano Noce (1) Lorenza Garrino (2) , Laura Cominetti (3)

(1) Studente laureando, Corso di Laurea in Infermieristica, Torino, Università degli Studi di Torino

(2) Ricercatore in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche Università degli Studi di Torino

(3) Tutor referente III anno, Corso di Laurea in Infermieristica Torino, Università degli Studi di Torino

Introduzione. La ripresa psico-sociale dopo un intervento di mastectomia è un processo molto delicato. Fino agli anni novanta, a causa delle limitazioni imposte alla mobilità del braccio, le donne non potevano avvalersi del supporto fisico e psichico che le attività sportive sono capaci di offrire. Con il progetto "*Abreast in a Boat*" (Trad. "In barca fianco a fianco"), definito in Canada nel 1996 dal dott. Don McKenzie, nascono le *Breast Cancer Survivor*, cioè più di 150 squadre di donne che "nella stessa barca" affrontano la gara contro il tumore al seno raggiungendo un buon livello di benessere fisico in modo solidale e divertendosi. Con questa ricerca s'intendono valutare i vissuti del *Dragon boat* (antica imbarcazione di origine cinese con la testa e la coda a forma di drago, su cui trovano posto 20

atleti, 10 a destra e 10 a sinistra) come percorso post-riabilitativo su un campione di donne italiane.

Materiali e metodi. Per la raccolta dei dati relativi ai vissuti delle Dragonette del gruppo torinese sono stati utilizzati interviste non strutturate (15 donne e 2 allenatori) ed i diari (7 donne). L'analisi dei dati è stata effettuata attraverso la costruzione di categorie a posteriori a partire dai testi raccolti.

Risultati. Dai risultati è possibile evidenziare una sensazione di benessere derivante dall'esperienza. Nello specifico l'attività fisica, le dinamiche di gruppo e l'ambiente naturale sono le fonti principali di benessere. Gli impegni di vita quotidiana sono la principale causa di assenteismo dagli allenamenti. Gli allenatori hanno una particolare influenza sulla promozione dello spirito di gruppo e vengono indicati come figure importanti nella pratica della disciplina.

Conclusioni. La ricerca ha messo in luce che la pratica del *Dragon boat* può rappresentare una strategia utile alla ripresa psico-sociale nelle donne mastectomizzate. Una dimostrazione su un campione più grande potrebbe promuovere e divulgare i benefici di questa disciplina, per la promozione della salute e del benessere attraverso lo sport.

Poster #25

L'introduzione del Case Method al Corso di Laurea di Medicina in Lingua Inglese.

La percezione di efficacia di tutori e studenti

S. Oldani (1), L. Montagna (2)

(1) Medico internista Tutor, Istituto Clinico Humanitas.

(2) Coordinatore pedagogico, Istituto Clinico Humanitas

Scopo. Valutare la percezione di 2 Case Method (CM) scritti in collaborazione con i docenti delle discipline cliniche da parte degli studenti e dei tutori coinvolti nella metodologia.

Materiali e metodi. Nell'aa 2013-2014 è stata introdotta la metodologia del CM al III anno del corso di Laurea in medicina in inglese. Il CM è stato

scritto da un medico specificamente formato alla scrittura di casi in collaborazione con i docenti del corso integrato di Nefrologia, Cardiologia, Farmacologia, Anatomia Patologica e Radiologia. Un questionario somministrato a fine semestre ha valutato la percezione di efficacia dei tutori coinvolti nelle attività di piccolo gruppo e degli studenti.

Sintesi dei risultati. Al questionario hanno risposto tutti i partecipanti (30 studenti e 6 tutori). L'80% dei tutori si è dichiarato soddisfatto della discussione generata dal caso; il 100% della connessione tra scienze di base e clinica; il 100% del raggiungimento degli obiettivi di apprendimento. Per il 100% degli studenti la discussione condotta dai tutori è stata positiva e l'80% ha dichiarato che il CM li ha aiutati ad applicare le conoscenze acquisite a lezione.

Discussione. La scrittura dei casi richiede la capacità di integrare la conoscenza clinica con gli obiettivi di apprendimento di apprendimento dei singoli corsi. Questo processo risulta particolarmente efficace quando la pianificazione e la costruzione del caso avviene in stretta collaborazione con i docenti delle discipline coinvolte.

Conclusione. L'introduzione di metodologie innovative richiede la collaborazione tra docenti e medici coinvolti nella pianificazione del curriculum. Quando questa collaborazione è efficace il caso integra l'esperienza clinica quotidiana con l'aderenza agli obiettivi formativi del percorso di studi.

Poster # 26

Prolegomeni ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) multiprofessionali

G. Palasciano, V.O. Palmieri

Clinica Medica I - UOC Medicina Interna Univ. A. Murri, Policlinico di Bari

Introduzione. I PDTA rappresentano una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria ma spesso la loro pianificazione e realizzazione è ostacolata da vari fattori fra cui la carenza di specifici programmi formativi. Questo contributo illustra le basi o "prolegomeni"

(I) dei PDTA a cui sono invitati ad ispirarsi medici, infermieri e specializzandi in Medicina Interna impegnati nella cura dei malati della Clinica Medica I - UOC Medicina Interna univ. A. Murri, Policlinico di Bari.

Nel corso di vari incontri formali ed informali (es. lezioni, riunioni dello staff medico ed infermieristico, visita, attività di degenza ordinaria, Day Hospital, Day service e ambulatoriale) sono state considerate alcune variabili dei PDTA.

Definizione di PDTA. I PDTA sono piani diagnostici e terapeutici usati per pianificare sistematica e eseguire il follow up di un programma di assistenza centrato sul paziente (<http://www.e-p-a.org/clinical---care-pathways/index.html>).

La caratteristica essenziale dei PDTA è il Percorso anche definito Pathway (2), Chemin (3), Via (4).

In base alle indicazioni della European Pathway Association (E.P.A.), il PDTA è un intervento complesso di decisione condivisa e di organizzazione di un processo assistenziale per un ben definito gruppo di pazienti durante un periodo di tempo ben definito. Le caratteristiche principali di un PDTA sono (Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven):

- la identificazione puntuale degli scopi e degli elementi essenziali dell'assistenza, in base all'evidenza scientifica, alla "best practice" e alle aspettative e alle caratteristiche dei pazienti;
- la facilitazione della comunicazione fra i membri del team e con i pazienti e le loro famiglie;
- la coordinazione dei ruoli e della sequenza delle attività del team multidisciplinare, dei pazienti e dei parenti;
- la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli outcome;
- la identificazione delle risorse.

L'organizzazione temporale e spaziale del percorso, pertanto, deve tener conto di numerosi fattori fra cui:

Soggetti interessati a un PDTA. Sono numerosi e hanno differenti punti di vista: es. i malati, i loro familiari, il personale sanitario, il personale amministrativo, i pedagogisti, gli esperti del PDTA ed altri attori.

Tempo e Durata del PDTA. È necessario considerare separatamente il tempo e la durata di un PDTA.

Il tempo è una grandezza fisica oggettiva, misurabile con una serie discontinua di intervalli (es. secondi, minuti, ore, giorni, settimane, mesi, anni) e può essere suddiviso in Passato (T-x), Presente (T=0) e Futuro (T+x).

La durata indica la percezione del tempo da parte del soggetto interessato ed è pertanto una grandezza soggettiva: la durata di un PDTA è valutata diversamente dal malato, dal personale sanitario e dagli specializzandi.

Spazio e PDTA. Lo spazio esistente fra il punto iniziale e il punto finale del PDTA deve essere il più ridotto possibile; l'organizzazione spaziale dei luoghi di cura (es. monoblocco, padiglioni separati) influenza direttamente il PDTA; l'innovazione tecnologica consente di realizzare PDTA basati sul principio del Point of care da un punto di vista diagnostico e terapeutico (<http://it.wikipedia.org/wiki/Point-of-care>).

Risorse umane, materiali, finanziarie e PDTA. L'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei PDTA dipendono dalle risorse disponibili; la selezione dei PDTA da implementare deve tener conto di parametri oggettivi quali la Frequenza, Gravità, Urgenza del problema di salute/malattia oggetto del PDTA.

Informazione e PDTA. L'informazione può essere misurata in base alla probabilità di manifestarsi di un evento.

C. Shannon (http://it.wikipedia.org/wiki/Claude_Shannon) ha proposto una misura oggettiva dell'informazione: la probabilità N che esca il numero di una delle sei facce di un dado è $N = 6$; la probabilità N di conoscere il giorno della nascita di una persona è $N = 365$.

Il logaritmo in base 2 di N è detto S in omaggio a C. Shannon: pertanto S è = 1 quando N = 2, S è = 2 quando N è = 4, S è = 3 quando N è = 9, ecc.

Da un punto di vista operativo è necessario pianificare dei PDTA con un ridotto numero di probabilità perché un S elevato aumenta il tempo necessario per passare dal punto iniziale al punto finale del PDTA.

Algoritmi e PDTA. L'algoritmo è un procedimento formale che consente di risolvere un determinato problema attraverso un numero finito di passi;

il termine di algoritmo è la trascrizione latina del nome del matematico persiano Muhammad ibn Musa al-Khwaizmi (<http://it.wikipedia.org/wiki/Algoritmo>).

L'impiego di algoritmi ostacola la personalizzazione e la pertinenza dei PDTA pur rendendoli più oggettivi.

Valutazione qualitativa e quantitativa dei PDTA. Sarà effettuata con un numero variabile di item (cioè di criteri) utilizzando come indicatori la scala di Likert con un valore di accordo/disaccordo variabile da 1 a 5. (http://it.wikipedia.org/wiki/Scala_Likert)

	2	3	4	5	Centrato sul Malato
	2	3	4	5	Centrato sulla Malattia
	2	3	4	5	Centrato su Medici
	2	3	4	5	Centrato su Infermieri
	2	3	4	5	Centrato su Pedagogisti
	2	3	4	5	Centrato su Amministrativi
	2	3	4	5	Multi-professionale
	2	3	4	5	Multi-disciplinare
	2	3	4	5	Centrato sulla Medicina del territorio
	2	3	4	5	Centrato sulla Medicina ospedaliera
	2	3	4	5	Evidence-based
	2	3	4	5	Experience-based
	2	3	4	5	Complesso
	2	3	4	5	Semplice
	2	3	4	5	Innovativo
	2	3	4	5	Sostenibile
	2	3	4	5

Innovazione e PDTA. I PDTA devono essere periodicamente aggiornati ed essere sempre più innovativi.

L'innovazione può essere realizzata in tre ambiti:

- Innovazione di un prodotto o di un servizio: costituisce lo scopo principale dei PDTA
- Innovazione del processo di realizzazione del prodotto o servizio: consente di accrescere l'efficienza dei PDTA
- Innovazione del processo gestionale: consente di accrescere l'efficienza del sistema sanitario in cui i PDTA sono realizzati

Capitale Umano e PDTA. Il termine capitale umano indica il sapere, saper fare e il saper essere "accumulato" durante tutta la vita. Il termine è stato proposto da G. Becker, premio Nobel per l'E-

conomia, per sottolineare il fatto che il comportamento umano non sempre dipende da investimenti economici ma è il risultato di investimenti fatti durante il periodo della formazione e della vita lavorativa. (http://it.wikipedia.org/wiki/Gary_Becker)

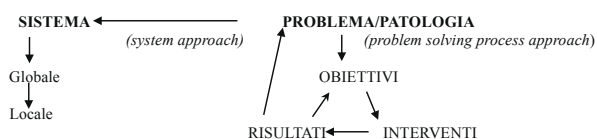
Al tema del capitale umano si ispira un recente film di successo (http://it.wikipedia.org/wiki/Il_capitale_umano)

La pianificazione e realizzazione dei PDTA può essere facilitata dal Capitale Umano accumulato da ogni componente del personale in servizio presso una struttura assistenziale.

PDTA, System e Problem Solving approach.

L'impatto di un **problema/patologia** su un dato sistema, a livello Globale e Locale, può essere valutato con il **System Approach**; il termine Sistema deriva dal greco *siun-systema* (<http://it.wikipedia.org/wiki/Sistema>)

La "gestione" di un determinato problema/patologia può essere assicurata con il **Problem Solving Process approach**; il termine Problema deriva dal greco *pro-ballein* che significa "mettere davanti" (<http://it.wikipedia.org/wiki/Problema>) Lo schema sottostante si ispira alla spirale pedagogica proposta in numerosi atelier da J.J. Guilbert (5) e raffigurata nel logo della SIPeM;



PDTA e modalità operative di implementazione. L'implementazione dei PDTA è stata pianificata per varie tappe:

Ia tappa: valutazione della frequenza del problema/patologia nella UOC e/o in una delle sue articolazioni:

- Reparto di Degenza Ordinaria (DO): i ricoveri sono suddivisi in Ricoveri Urgenti (RU) del PS e programmati (RP)
- Ricoveri di Day Hospital (DH)
- Prestazioni di Day Service (DS)
- Prestazioni ambulatoriali: Visite ed esami diagnostici

IIa tappa: classificazione del problema di salute/ma-

lattia in una delle 15 categorie della classificazione ICD-10

IIIa tappa: definizione dei PDTA da realizzare prioritariamente

IVa tappa: pianificazione, realizzazione, valutazione e revisione dei PDTA

Conclusioni. La **Semplicità** auspicata di un PDTA si contrappone quasi sempre alla **Complessità** della Cura del malato.

Questo contributo è un risultato di un compromesso fra queste due paradigmi in un setting ospedaliero.

Web e bibliografia:

- 1) Prolegomeni: http://en.wikipedia.org/wiki/Prolegomena_to_Any_Future_Metaphysics
- 2) Clinical Patway: http://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_pathway
- 3) Chemin Clinique: http://fr.wikipedia.org/wiki/Chemin_clinique
- 4) Via Clinica: http://es.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADa_Cl%C3%ADnica
- 5) J.J. Guilbert, Guida Pedagogica per il personale sanitario, Armando Armando (2002)

Poster # 27

Il "foglietto dei problemi dei pazienti": uno strumento per facilitare l'apprendimento per problemi

Vincenzo O. Palmieri, Giuseppe Palasciano

Clinica Medica I - UOC Medicina Interna Univ. A. Murri, Policlinico di Bari

L'apprendimento basato sui problemi è un processo attraverso il quale si apprende servendosi di un problema come stimolo per scoprire le informazioni di cui si ha bisogno per comprendere il problema e pianificare le attività finalizzate alla sua soluzione (Guilbert JJ, Guida Pedagogica per il personale sanitario, OMS, 2002).

Il processo di soluzione dei problemi è anche alla base del ragionamento clinico proprio della medicina interna, nell'ambito della quale la identificazione dei problemi di salute del paziente, la formulazione

delle ipotesi diagnostiche sulle cause del o dei problemi di salute e la pianificazione dell'iter diagnostico e terapeutico completano il ciclo metodologico per l'approccio ai problemi del paziente.

Tale metodologia deve costituire pertanto l'elemento caratterizzante dell'intero processo formativo sia degli studenti di medicina durante il corso di laurea che dei medici in formazione iscritti alle Scuole di Specializzazione.

In entrambe le situazioni, infatti, la identificazione dei problemi costituisce il punto di partenza del ciclo di apprendimento, a partire dal quale i discenti devono spiegare i fenomeni osservati e, gradualmente proporre un piano d'azione per risolverlo.

Nell'ambito della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna dell'Università di Bari, è stato introdotto uno strumento innovativo sia dal punto di vista organizzativo che formativo, rappresentato da un "Foglietto dei Problemi dei Pazienti" (FPP) ricoverati nel reparto di degenza ordinaria e in regime di day hospital, nel quale giornalmente vengono annotate ed aggiornate tutte le informazioni cliniche salienti concernenti i pazienti sulla base dell'algoritmo del procedimento di soluzione dei problemi e presenti anche nella cartella clinica orientata per problemi adottata nel Policlinico di Bari:

- dati di base del paziente
- elenco dei problemi
- ipotesi diagnostiche
- piano diagnostico e piano terapeutico
- diario clinico e valutazione delle condizioni del paziente.

Tale strumento, oramai diventato parte integrante dell'attività nel nostro reparto, assicura il raggiungimento di diversi obiettivi didattici ed organizzativi:

- facilita l'apprendimento del processo di soluzione dei problemi da parte degli studenti di medicina e dei medici in formazione
- facilita la rappresentazione sintetica e strutturata delle condizioni cliniche del paziente;
- costituisce un formidabile strumento di comunicazione fra i medici in formazione, i dirigenti medici, il personale infermieristico, i pazienti e i loro parenti;
- consente di controllare gli elementi principali nella gestione clinica del paziente.

Poster # 28

Formazione inter-professionale in Ecografia Clinica

V. O. Palmieri (1), S. Tardi, (2) F. Minerva (1), S. Pugliese (1), A. Bonelli (2), G. Nicoletti (2)

(1) Clinica Medica – UOC Medicina Interna Univ. AOU Policlinico di Bari

(2) ASM Matera

Nel corso degli ultimi anni, l'utilizzo dell'ecografia da parte di medici e infermieri opportunamente formati ha avuto uno sviluppo esponenziale grazie anche alla evoluzione tecnologica.

Apparecchi ecografici sempre più maneggevoli e performanti hanno dato grande impulso all'utilizzo di questa tecnica in vari ambiti per impieghi clinici, diagnostici, interventistici ed assistenziali.

L'ecografia infermieristica può rappresentare un'efficace risorsa nel ridurre le difficoltà o la morbilità di certe pratiche assistenziali e può validamente integrare la valutazione infermieristica del paziente.

L'ecografia rientra a pieno merito in questo ambito ed il suo utilizzo consente di migliorare le performance assistenziali peculiari della professione ed evita il sovrapporsi di competenze e responsabilità con la figura del medico.

Da tempo l'evidenza internazionale è ricca di esempi di ecografia praticata dagli infermieri, con risultati ottimi e prospettive di evoluzione future incoraggianti. L'acquisizione di questa competenza richiede un percorso formativo specifico, attraverso un programma di formazione d'aula e sul campo.

Finalità. Assicurare la formazione dei formatori degli infermieri incaricati dell'esecuzione di gesti professionali eco-guidati

Obiettivi specifici. Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- utilizzare l'esame ecografico per l'esecuzione di alcune procedure e manovre infermieristiche rilevanti in campo interno (es. accessi venosi, accessi arteriosi, globo vescicale e cateterismo, versamenti sierosi)
- utilizzare le linee guida e i percorsi assistenziali nella pianificazione dell'ulteriore iter diagnostico o terapeutico

- redigere il referto dell'esame ecografico sulla cartella infermieristica

Sede. Ambulatori di ecografia (max 7 partecipanti per ambulatorio)

Partecipanti. Infermieri professionali e medici

Poster # 29

Dalla cura pediatrica alla scuola: un approccio psicopedagogico per osservare e aiutare l'adolescente nel proprio ambiente

M. Pandolfi (1), F. Guerriero (2), F. Pinto (2), F. Ferrara (2), P. Brodoloni (3), F. Maisano (1), L. Bernardo (2)

(1) S.S. Medicina dell'Adolescenza

(2) S.C. Pediatria

(3) Associazione Cuore e Parole

Il presente lavoro descrive il progetto svolto all'interno delle scuole di alcuni Istituti di Milano nel promuovere l'educazione ai sani stili di vita, il rispetto delle regole e del vivere collettivo e a prevenire le dipendenze.

Come medici sappiamo che la crisi adolescenziale è connessa alle trasformazioni del corpo, al funzionamento mentale e alle relazioni sociali e familiari. Nella pratica ospedaliera notiamo come è cambiata non solo la società nelle sue diverse articolazioni, ma anche la famiglia, i ruoli, le funzioni genitoriali e di conseguenza i ruoli dei figli. Il progetto è partito dalle esperienze che fanno da ponte tra l'ospedale dove l'adolescente arriva con disturbi psicosomatici e l'ambiente scolastico dove l'adolescente vive gran parte delle sue relazioni.

Le esperienze sul campo di figure polivalenti mostrano - attraverso un approccio olistico nel guardare all'adolescenza in tutte le sue dimensioni e attraverso vari cicli di incontri informativi e formativi con i ragazzi, i docenti e i genitori - come il lavoro sul campo permette di entrare in contatto con le varie problematiche adolescenziali per intervenire e prevenire.

Questo permette di sviluppare da un lato le potenzialità dei giovani per una loro migliore e ottimale crescita psico-fisica e affettiva, dall'altro fornisce al

mondo degli adulti gli strumenti necessari per entrare in contatto con il mondo adolescenziale per meglio capirlo, comprenderlo e aiutarlo.

Il progetto ha, inoltre previsto, la somministrazione di questionari sia per gli studenti sia per i genitori portando ad una riflessione e coniugazione tra mondo adolescenziale e mondo adulto, molto spesso mondi ancora tanto distanti.

Poster # 30

Il ruolo del Laboratorio di Ricerca e Terapeutica Artistica nell'ambulatorio dedicato agli adolescenti

M. Pandolfi (1), A. De Giorgi (2), V. Ansuini (2), T. Tacconi (3), C. Sterpa (1), V. Molla (1), L. Bernardo (2)

(1) S.S. Medicina dell'Adolescenza

(2) S.C. Pediatria

(3) Accademia Belle Arti Brera

Il "Laboratorio di Ricerca in Terapeutica Artistica", primo in Italia, è stato costituito presso l'S.C. di Pediatria dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano nel 2009 ed è rivolto agli adolescenti che sono seguiti presso la S.C. Di Pediatria e S.S di Medicina dell'Adolescenza quale momento privilegiato di espressione e condivisione di problematiche emotivo-relazionali attraverso l'utilizzo del linguaggio artistico che si propone come strumento a sostegno del processo terapeutico.

Sono ragazzi che manifestano forme di disagio adolescenziale, vittime di bullismo, dipendenze, malattie croniche insorte in adolescenza, disturbi del comportamento, della relazione e forme depressive.

Il progetto prevede la docenza di specialisti del mondo della psichiatria, della psicologia e della psicoanalisi, oltre ad esperti del linguaggio artistico.

Se l'Arteterapia traduce, da un punto di vista etimologico, l'arte che cura, intendendo la cura come una guarigione, la Terapeutica Artistica traduce, invece, l'aver cura di Sé con i linguaggi che l'arte offre.

La Terapeutica Artistica è considerata come espressione figurativa e simbolica, mezzo di comunicazione di problemi, emozioni e conflitti.

Il laboratorio ha visto transitare in questi anni circa 50 ragazzi fra gli 11 e i 17 anni.

L'aspetto più importante è il tipo di rapporto che si instaura durante gli incontri: si lavora sia con ogni singolo ragazzo individualmente, sia attraverso la costituzione di piccoli gruppi.

Si vuole sottolineare come attraverso questo tipo di percorso di espressività creativa gli adolescenti accedono alla propria esperienza interna per esprimere se stessi e raggiungere un benessere psico-fisico.

Poster # 31

La formazione etica come catalizzatore di relazioni e di senso

Peretti A., Raballo M.

StudioAlbertoPeretti

Introduzione. La mancanza di risorse e di punti di riferimento stabili espongono gli operatori a un processo di individualizzazione e di limitazione delle capacità di pensare l'esperienza. Gli interventi formativi *ethici* (finalizzati a rendere 'dimora' i luoghi lavorativi) permettono la costruzione collettiva di un autentico ben essere organizzativo.

Scopo. Coltivare e rinforzare la cultura etica all'interno delle Aziende Sanitarie e negli enti e nelle comunità locali di riferimento, coinvolgendo i diversi attori della scena organizzativa in forme di co-progettazione permanente.

Pazienti e Metodi. La formazione *ethica* (FE) svolta fra il 2008 e il 2010 (e tuttora in atto presso altre Aziende Sanitarie piemontesi) ha coinvolto circa 500 persone dell'ASLTO3 di ogni ordine e grado, suddivisi in gruppi di lavoro. La FE, con un approccio filosofico-pedagogico, è basata sul processo di narrazione della vita lavorativa e sulla ricerca di propri modelli di pensiero e azione al fine di costruire un sistema di valori comune.

Risultati. Dalle osservazioni emerge come la costruzione di una realtà condivisa abbia permesso di aumentare il senso di appartenenza, l'identità organizzativa e la significatività dell'operazione lavorativa.

La creazione di spazi di pensiero e confronto ha favorito il dialogo fra gli operatori, la relativizzazione della propria posizione e una maggior disponibilità verso la progettazione condivisa, migliorando i climi di lavoro. Il processo di narrazione ha sviluppato strategie meta-riflessive contribuendo ad un processo di empowerment.

Conclusioni. La FE rappresenta un contenimento per le persone e per il sistema attraversati da incertezze. Abbina principi di efficacia, efficienza, eccellenza del servizio con la ricerca della qualità di vita tanto degli operatori quanto delle persone che fruiscono delle prestazioni. Promuove capacità meta-riflessive e una progettualità condivisa fondamentale nelle équipe multiprofessionali dotando le persone di un sistema comune di senso, co-costruito, con cui orientarsi.

Poster # 32

La narrazione di vissuti personali di malattia cronica all'interno della formazione infermieristica: Laboratorio Pedagogico di Narrative Based Nursing

E. Pighini (1), G. Amaducci (1), I. Baccini (1), R. Braglia (1), R. Camellini (1), E. Carbonaro (1), M. Carpanoni (1), E. Casadei Turroni (1), P. Casali (1), I. Chiesi (1), P. Copelli (1), A. Davoli (1), L. Doro (1), C. Marmiroli (1), D. Mecugni (2)

(1) Tutor Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia

(2) Direttore della didattica professionale, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia, Ricercatore MED/45, Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Introduzione. Il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia, pone al centro della formazione non solo le competenze scientifiche ma anche quelle umanistiche, ritenendo fondamentale

sviluppare capacità di ascolto, comprensione e rispetto per la persona assistita (Chirema 2006).

Il percorso formativo programmato individua una componente metodologica che aiuta lo studente a sviluppare abilità di interpretazione dei problemi di salute attraverso le storie della persona, per coglierne la complessità (Giarelli 2005).

Obiettivi. Il Laboratorio pedagogico correlato alle docenze di Infermieristica del II anno di Corso, ha l'obiettivo di identificare gli aspetti comuni della cronicità, individuare la qualità di vita della persona e comprendere come si sia realizzato l'adattamento.

Materiali e Metodi. Laboratorio a gestione tutoriale della durata di 5 ore suddiviso in:

- Preparazione degli studenti con utilizzo dello strumento "Agenda del paziente"
- Ascolto delle narrazioni di persone con Sclerosi Multipla, Fibrillazione Atriale, Tetraplegia, Enterotomia, Epatopatia, Insufficienza Renale Cronica.
- Rielaborazione e condivisione delle situazioni di cronicità presentate.

Risultati. L'ascolto delle narrazioni ha consentito agli studenti di sperimentarsi nell'identificazione delle ripercussioni che la malattia ha avuto sulla qualità di vita, tracciare gli aspetti comuni della cronicità, condividendo le riflessioni sulle implicazioni dell'infermieristica in ambito clinico.

Conclusioni. Utilizzare le narrazioni ha permesso di riflettere e comprendere le nuove "trame di senso" (Artioli, Amaducci 2009) che la persona ha ricostruito dopo l'evento malattia e di fornire preziose informazioni sul punto di vista della persona malata, in termini di idee, aspettative, desideri e sentimenti relativamente a causa, diagnosi, trattamento e prognosi della malattia.

Poster # 33

Il sapere dell'esperienza: la voce del Caregiver nella famiglia dei curanti

R.S. Polverari (1), M. Milano (2), G.Ventriglia (3)

(1) Medico Tirocinante Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale – Regione Piemonte (2011-2014)

(2) MMG, tutor e docente, Consiglio Direttivo CSerMEG (Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale)

(3) MMG, tutor e docente, Responsabile Formazione SIMG

Premessa. Cosa è già noto l'assistenza continua ad un paziente che diventa sempre più dipendente da un'altra persona in funzione di caregiver mette a dura prova l'equilibrio psicofisico del caregiver e dell'intero nucleo familiare.

Obiettivo. Evidenziare i bisogni psicofisici dei caregiver attraverso l'analisi degli aspetti esperienziali, per proporre azioni di sostegno condivise e co-costruite dalla famiglia dei curanti.

Materiali e Metodi. Disegno dello studio: Ricerca qualitativa narrative-based.

Una griglia per i dati anagrafici, sociali e clinici; il questionario "Coop Wonca" per i sintomi da stress del caregiver; un'intervista narrativa con domande aperte, condotta dal Medico Tirocinante, per gli aspetti esperienziali. I caregiver sono stati suddivisi in familiari e formali, con e senza attivazione di Cure Domiciliari. Per l'analisi dei dati è stata utilizzata la *content analysis* di tipo convenzionale in triangolazione tra due colleghi.

Risultati. 13 caregiver (un maschio) di pazienti assistiti da un Medico di Famiglia (Mdf); tutti dedicati a tempo pieno, 10 italiani e 3 rumeni. Dal questionario Coop Wonca emerge un discreto benessere psicofisico con l'eccezione della situazione clinica estrema del decesso supportato dalla moglie. Dall'analisi delle interviste sono stati individuati 6 temi: impatto della diagnosi, evoluzione, quotidianità (sottotemi criticità e soluzioni), gratificazioni ed insegnamenti, suggerimenti verso Mdf, SSN, altro) e formazione specifica (Corso di formazione, gruppo Auto-mutuo-aiuto). Le categorie più rappresentate sono in generale le emozioni, la riorganizzazione del quotidiano, le relazioni. Non vi sono differenze tra caregiver familiari e formali nei temi suggerimenti e formazione specifica mentre sono evidenti soprattutto nella quotidianità.

Conclusioni. È fondamentale sostenere il caregiver attraverso azioni differenziate a seconda che sia esso formale o informale per la diversità dei bisogni manifestati.

Poster # 34**Il corpo come innesco e promozione del cambiamento negli operatori della cura: esperienza di formazione**

Raballo M.

Educatore Professionale, laureanda in Scienze Pedagogiche e Danza Movimento Terapia (ATI).

Introduzione. Il passaggio dalla dimensione universitaria a quella professionale implica la legittimazione del proprio ruolo. In particolare nei contesti multiprofessionali legati alla cura è necessario cogliere il senso del proprio agire professionale e sviluppare capacità auto-osservative e meta-riflessive rispetto all'esperienza. L'intervento formativo che prevede l'utilizzo del corpo secondo le tecniche della Danza Movimento Terapia (DMT) permette lo sviluppo di capacità riflessive e della conoscenza di sé in relazione al gruppo.

Scopo. Comprendere come il lavoro corporeo (tecniche DMT) inneschi e sostenga i processi formativi legati alla professione di cura all'interno del corso universitario "Pedagogia della relazione e della comunicazione educativa" presso il Corso di LM Teoria e Pratica della Terapeutica Artistica (Accademia italiana).

Pazienti e Metodi. Il corso ha coinvolto 30 studentesse del II anno del Corso di LM. È stato condotto da una docente di pedagogia e da una danza movimento terapeuta, garantendo un ambiente protetto caratterizzato dall'esperienza di gruppo che contiene e riflette le esperienze.

Risultati. Dalle osservazioni emerge come il corpo rappresenti una cassa di risonanza sensibile a ciò che accade durante le esperienze di tirocinio per poterle rielaborare, sia una chiave di accesso alla comprensione per favorire i processi di osservazione e di auto-osservazione, sviluppi la consapevolezza e la valorizzazione di sé per esplorare e gestire le dimensioni relazionali. Il percorso ha permesso di connettere l'esperienza corporea (individuo-coppia-gruppo) all'agire professionale, di trovare senso e legittimazione al proprio ruolo professionale.

Conclusioni. La dimensione corporea all'interno della formazione, lavorando sulle difese adattive,

sulla comprensione del proprio 'stile' di reazione, sulle qualità di movimento collegate al senso del proprio 'peso' nel mondo, sostiene l'innesco e l'interiorizzazione del cambiamento, la realizzazione di azioni progettuali e lo sviluppo di strategie di tipo riflessivo.

Poster # 35**L'artista-terapeuta in formazione: un ponte tra inter-professionalità e trans-disciplinarietà**

Sciannamea R., Olivieri Stiozzi S.

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi Milano-Bicocca.

Introduzione. Il panorama delle professionalità dedite alla cura si dimostra sempre più eterogeneo e variegato. Alla molteplicità di figure si accompagnano linguaggi e stili di comunicazione profondamente differenti, per i quali si impone la necessità di trovare un punto di incontro verso la comprensione e la legittimazione nelle reciproche differenze e capacità distintive, la cui autentica integrazione conduce all'atto di cura.

Scopo. L'intervento di formazione avvenuto all'interno del corso per Artisti-terapeuti dell'Accademia di Brera ha avuto l'obiettivo di avvicinare i terapeuti a una maggiore comprensione e legittimazione del proprio ruolo all'interno delle equipe nelle quali operano e di fornire competenze atte a potenziare le capacità di auto/etero-ascolto.

Utenti e Metodi. L'intervento, che ha coinvolto 30 studenti, si è svolto seguendo il modello della Clinica della Formazione (Massa, 1994) e del Counseling Formativo (Olivieri, 2013). Nelle 40 ore di corso sono stati forniti spazi di ascolto per il gruppo, alternati a sessioni di lavoro corporeo e manipolazione di materiali artistici utilizzati come medium per l'attraversamento dell'esperienza e la rielaborazione delle emozioni e delle difficoltà provate durante l'inserimento nei contesti di cura.

Risultati. Dagli spazi dedicati all'ascolto, dalle re-

lazioni prodotte dagli studenti a distanza di 2 mesi e dai colloqui finali è emerso con forza il bisogno di uno spazio di sosta, nel quale poter ripensare sé stessi e la complessità emotiva dell'esperienza di cura intensificata dalla dimensione grupppale dell'equipe interdisciplinare.

Conclusioni. Vivere la dimensione grupppale all'interno del contenitore protetto della formazione si è dimostrato un passaggio fondamentale per la comprensione autentica dei differenti livelli d'ascolto da parte dei soggetti, che si sono riconosciuti in una nuova dimensione di ruolo: da deboli e indefiniti a portatori di una progettualità fertile per le istituzioni di cura.

Poster # 36

Valutazione democratica nella formazione medica: studio di caso per valutare una modifica in un tirocinio clinico

P. Sestini (1), R. Angotti (2), C. Commisso (3), M. Messina (2)

(1) Corso di Laurea in Medicina, Università di Siena

(2) Sezione locale SIPeM di Siena

(3) Sede locale SISM di Siena

Introduzione. Contrariamente ai tipi di valutazione basati su standard normativi pre-determinati o dalla istituzione stessa (valutazione burocratica) o da un corpo professionale esterno (autocratica), la valutazione democratica è un tentativo aperto, indipendente, non normativo (in quanto non vincolante per gli organizzatori né i partecipanti) di dare voce a tutti gli attori coinvolti nel programma valutato. Per questo è più probabile che fornisca una descrizione del programma più dal punto di vista dei partecipanti che da quello delle aspettative degli organizzatori, fornendo così ad entrambi i gruppi suggerimenti utili per svilupparlo e migliorarlo.

Obiettivi. Abbiamo utilizzato questo approccio per valutare l'impatto della introduzione in un tirocinio clinico del CdL in Medicina di una lista di attività cliniche che gli studenti dovevano effettuare, documentandole su un apposito libretto.

Materiali e Metodi. Si è costituito un gruppo di valutazione indipendente autorizzato dal Comitato Didattico, costituito da un docente, una specializzanda, ed un gruppo di studenti.

Abbiamo utilizzato una metodologia mista qualitativa e quantitativa, basata su questionari, domande aperte e interviste. Quale principale variabile quantitativa abbiamo scelto la percezione dell'utilità di ognuna delle attività svolte per il proprio sviluppo professionale.

Molti studenti hanno riferito che alcune attività non venivano svolte. Quelle realmente effettuate sono risultate il 75%, con un massimo di 100% in due reparti ad un minimo del 44%. Una volta escluse queste, la maggior parte delle attività è stata valutata positivamente.

Conclusioni. Fattori che sono risultati influenzare positivamente i punteggi delle singole attività sono risultate la divisione in piccoli gruppi (6 o meno), la validità delle modalità di presentazione, la validità del metodo di valutazione (se previsto), la consistenza di effettuazione fra le varie rotazioni.

Questi dati, restituiti ai docenti e agli studenti, possono essere utili per migliorare il programma.

Poster # 37

Stereotypes about diversity and mental illness. An italian study on stigmatizing attitudes in adolescent population

L. Starace (1,3,5) A. Petito (1,3), D. Salvante (2), M. Altamura (1,3), E. Altomare (4), I. Fornelli (2), E. Attolini (2), V. Piazzolla (2), A. Bellomo (1,3)

1) Università degli Studi di Foggia

2) A.Re.S Puglia- Agenzia Regionale Sanitaria

3) SIPS- Società Italiana di Psichiatria Sociale

4) Asl Bari

5) Stigmamente aps

Purpose. The aim of this study is to explore, in a prevalent qualitative perspective, stereotypes in adolescent among Goffman's social discriminated categories (mental illness, physical handicap, extra community person, eccentric personality) before

re and after a six month institutional prevention campaign on mental health with 60 mental health professionals engaged in.

Methods. Participants (n.1430 at T0 and n.1460 at T1) were interviewed before (T0) and after (T1) the prevention campaign with the questionnaire Stigmaquest (Bellomo, Ferretti, Starace) in its 1.4 version. It was asked to attribute negative, positive and neutral adjectives to each category.

Results: Cluster analysis and chi squared test reveal stereotypical profiles. Differences for gender and age were found, both in intra and inter categories at T0 and T1. We compared dual relationship among categories for a total of 25 liasons. The big evidence but not single difference was that mental illness is not seen like a handicap state.

Conclusions: In bio-psycho-social terms this study focus on the not acquired social component as like a social heritage. It is proved how deep are pre-judices and how difficult they are to change with a cognitive approach. Several evidences in gender, aging and scholarship differences suggest that a better way to fight stigma is a mind theory-empatic approach.

Poster # 38

Accrescere le competenze degli operatori del percorso nascita per la promozione dell'empowerment organizzativo e assistenziale

A. Talarico (I), MT. Napoli (I), D. Perri (I), R. Belfiore (I)

(I) Educatore Professionale ASP Catanzaro

Oggetto. Favorire il miglioramento e il potenziamento delle abilità professionali degli operatori coinvolti nell'ambito delle attività assistenziali di accompagnamento alla nascita, attraverso percorsi formativi multidisciplinari integrati.

Metodi e Azioni. Il progetto "Riorganizzazione Percorso Nascita:integrazione ospedale – territorio" rientrante tra gli obiettivi di piano del piano sanitario nazionale (2011-2013) è stato finalizzato alla costituzione di un modello organizzativo centrato

sullo sviluppo di attività mirate a garantire il miglioramento della qualità del continuum assistenziale tra ospedale e territorio per la gestione dell'evento gravidanza-nascita attraverso:

- La presa in carico
- L'umanizzazione dell'evento nascita
- L'integrazione dei servizi tra consultori familiari e U.O. ospedaliere
- La definizione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi
- La costruzione di percorsi assistenziali differenziati per tipologie di casi (es. gravidanza fisiologica, a rischio, partonalgia, ecc.)
- L'utilizzo di strumenti integrati tra servizi territoriali e ospedale (cartella gravidanza-parto-purperio, corsi accompagnamento nascita, dimissioni protette, assistenza domiciliare, ecc.)

Per conseguire l'obiettivo progettuale, teso a soddisfare i bisogni di benessere psico-fisico della donna, della famiglia e del bambino durante la gravidanza e l'evento nascita, è stata realizzato un'itinerario formativo specifico. Dopo una fase di rilevazione dei bisogni formativi, attraverso dei focus group con gli operatori coinvolti nelle attività assistenziali del Percorso Nascita (ostetriche, medici-ginecologi, medici-anestesisti, psicologi, assistenti sociali, infermieri pediatrici, educatori professionali) è stato strutturato un percorso formativo, secondo il programma ECM, volto a sviluppare e sostenere processi di apprendimento nelle aree di attività maggiormente interessate ad un incremento delle competenze organizzative, assistenziali e trasversali.

Il percorso formativo avviato nel periodo Novembre 2013 e in conclusione al Dicembre 2014 ha offerto spazi di approfondimento e di conoscenza relativamente alle aree:

1. Gravidanza Fisiologica
2. Gravidanza a Rischio
3. Tutela Maternità - procreazione responsabile - IVG
4. Accompagnamento alla nascita e assistenza al puerperio
5. Prevenzione del rischio psico-sociale del nucleo familiare

ed, in particolare, nella prima fase ha sviluppato i seguenti contenuti proposti secondo un modello formativo basato su un approccio tecnico-operativo:

- Assistenza Ostetrica alla gravidanza fisiologica attraverso la lettura delle evidenze scientifiche. Nuove linee guida italiane ed il modello di assistenza del Who e di Nice.
- La matrice intersoggettiva dello sviluppo: analisi delle dinamiche genitore-figlio di rottura, negoziazione e riparazione relazionale.
- Il sostegno delle funzioni genitoriali: prevenzione e clinica dei disturbi relazionali in età evolutiva.
- La programmazione neurolinguistica per la gestione delle proprie emozioni e del paziente e lo sviluppo di un atteggiamento più empatico e potenziante nella comunicazione operatore sanitario-paziente.
- Promozione dell'allattamento al seno

La seconda fase del percorso formativo (Novembre - Dicembre 2014) è orientata all'approfondimento

delle tematiche proposte e gli eventi formativi rappresenteranno anche una concreta possibilità di supervisione del lavoro svolto dagli operatori, favorendo percorsi di rivisitazione delle prassi cura.

La sperimentazione dei modelli suggeriti consentirà di fornire strumenti di analisi e di intervento che verranno poi utilizzati autonomamente.

I contenuti proposti nella seconda fase sono:

- Traduzione operativa degli aspetti teorici tratti dagli studi sulla matrice relazionale dello sviluppo, sull'intersoggettività e sui sistemi motivazionali interpersonali
- Ecocardiografia e Flussimetria doppler, prevenzione e gestione delle emergenze
- La gestione della dimensione transculturale nel Percorso Nascita
- Modelli organizzativi nella gestione integrata tra ospedale e territorio del Percorso Nascita.

ELENCO DEGLI AUTORI DEI POSTER

I numeri si riferiscono alla numerazione dei singoli Poster

Altamura M.	37	Bonelli A.	28	Consorti F.	6
Altomare E.	37	Bonfrate L.	3	Cornero A. M.	23
Amaducci G.	32	Bonisoli N.	23	Corrias D.	7
Ambrosi A.	16	Borroni S.	16	D'Ambrosio G.	6
Angeli E.	1	Bovero A.	15	D'Angelo V.	8
Angotti R.	36	Braglia R.	32	D'Errico G.B.	4, 21
Ansuini V.	30	Brancato V.	9	Davoli A.	32
Antoniutti M.	13	Brodoloni P.	29	De Giorgi A.	30
Attolini E.	37	Busca T.	14	Delvecchio G.	9, 10
Baccini I.	32	Camellini R.	32	Di Gioia A.	3
Bassino S.	15	Carbonaro E.	32	Di Lena L.	11
Belfiore R.	38	Carpanoni M.	32	Doro L.	32
Bellomo A.	37	Carrubba C.	9	Fantelli R.	19
Bena C.	23	Casadei Turrone E.	32	Fantuzzi R.	19
Bernardi-Zucca I.	2	Casali P.	32	Ferrara F.	29
Bernardo L.	29, 30	Cavicchioli A.	5	Finotto S.	19
Bianchini A.	14	Chiara P.	23	Fiume D.	6
		Chiesi I.	32	Fontana L.	12
		Chiodini S.	10	Fornelli I.	37
		Clemente M.	4	Fossati A.	16
		Clericetti T.	5	Franceschini L.	19
		Cominetti L.	24	Frezza D.	13
		Commisso C.	36	Garrino L.	23, 24

Gensini GF.	20	Milano M.	33	Pugliese S.	28
Gerboni P.	14	Minerva F.	28	Raballo M.	31, 34
Giorgi V.	19	Miniotti M.	15	Regnani S.	19
Gradellini C.	19	Moletto A.	23	Ridolfi ML.	18
Gregorino S.	23	Molla V.	30	Rizzati C.	23
Grigolo S.	23	Montagna L.	25	Salvante D.	37
Gualtieri L.	6	Montenegro P.	18	Santuari N.	1
Guelfi MR	20	Morini G.	19	Sciannamea R.	35
Guerriero F.	29	Napoli MT.	38	Sebastiano C.	16
Iannantuoni L.	4, 21	Nicoletti G.	28	Sestini P.	36
Lembruni P.	15	Noce S.	24	Silva S.	9
Lorusso M.	3	Oldani S.	25	Spelta M.	16
Lusetti S.	19	Palasciano G.	3, 11, 26, 27	Starace L.	37
Luzzini M.G.	14	Palmieri V. O.	26, 27, 28	Sterpa C.	30
Maffei C.	16	Pandolfi M.	29, 30	Strepparava M.G.	7, 16
Maisano F.	29	Pappagallo F.	11	Tacconi T.	30
Mantovani L.	17	Paratore L.	5	Talarico A.	38
Marchionni B.	14, 18	Parente E.	23	Tardi S.	28
Marconi B.	19	Patregnani V.	14	Torta R.	15
Marmiroli C.	19	Peragine M.	11	Tortola C.	23
Marmiroli C.	32	Peraglie R.	15	Totaro M.	21
Marzano A.	1, 12	Peretti A.	31	Totaro M.	4, 21
Mascolo A.	11	Perri D.	38	Ulivieri Stiozzi S.	35
Masoni M.	20	Petito A.	37	Valeri M.	10
Mazzeo L.	21	Piazzolla V.	37	Ventriglia G.	33
Mecugni D.	19, 32	Pighini E.	19, 32	Villa B.	19
Meli G.	2, 22	Pino L.	5	Vitale F.	16
Meli G.	8	Pinto F.	29	Zizzi F.	15
Menghisteb A.	23	Polverari R.S.	33	Zucchi R.	23
Messina M.	36	Portincasa P.	3		
Metrucci A.	6	Prandi F.	19		