

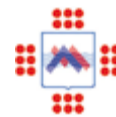


XVII CONGRESSO NAZIONALE
RIDISCUETERE LA CLINICA:
FORMAZIONE ALLA CURA
E INTER-PROFESSIONALITÀ

MATERA
25-27 SETTEMBRE 2014



con il patrocinio di



azienda sanitaria locale
materà



REGIONE BASILICATA



COMUNE DI MATERA



PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO

Il XVII Congresso 2014 è dedicato a esplorare i nessi fra integrazione inter-professionale e ripensamento dell'azione di cura, nell'ottica della formazione.

L'esercizio della clinica sta cambiando fortemente, per questioni epidemiologiche (invecchiamento della popolazione, cronicità, cambiamento del case mix dei problemi rilevanti di salute) e organizzative (lavoro in équipe, estensione verso il territorio, richiesta di efficienza, percorsi diagnostico - terapeutici), e ciò ha ricadute nella formazione.

Il dialogo e l'apertura ai punti di vista reciproci fra tutte le professioni di cura sono ineludibili e rappresentano una sfida aperta per i formatori: clima di lavoro, progettualità condivisa sul paziente, comunicazione multipolare, diversità di culture e soprattutto strategie di tipo riflessivo e rielaborativo come contesto di qualsiasi pratica di cura umanamente e scientificamente fondata.

Questi temi troveranno spazio nel clima di grande laboratorio aperto che caratterizza da sempre i congressi SIPeM. Anche quest'anno il cuore del Congresso saranno i due gruppi di Laboratori di Formazione. Ogni giornata ne propone cinque tra cui scegliere, per condividere problemi, idee ed esperienze o conoscere teorie e pratiche formative: tre ore e mezza di attività di gruppo in cui "mettersi in gioco".

Abbiamo sostituito le tradizionali letture magistrali con i "Dialoghi di Matera", un formato che porrà a confronto dialettico due esperti e che speriamo possa garantire un livello di argomentazione e interesse ancora più alto.

Due Tavole Rotonde e 8 Sessioni poster completeranno il programma.

Al sabato saranno offerti 6 brevi Atelier formativi, introduttivi a tematiche di grande interesse per ogni formatore.

POSTER E COMUNICAZIONI

Il testo dell'abstract deve essere inviato come file allegato di WORD, con i dati del presentatore (Nome, Cognome, qualifica, indirizzo, CAP, città, telefono, fax, cellulare, e-mail). Sono ammesse 2000 battute massime inclusi gli spazi, TIMES NEW ROMAN, corpo 10, interlinea 2; evitare di inserire disegni o tabelle. Almeno uno degli autori di ogni abstract deve essere iscritto al Congresso e lo stesso autore può figurare come coautore di più abstract ma ne può presentare solo uno.

Inviare via e-mail (come file allegato) entro e non oltre il 06/09/2014 a ALLMEETINGS SRL all'indirizzo: segreteria@allmeetingsmater.it

Se il messaggio di ricevuta non pervenisse entro il giorno lavorativo successivo all'invio dell'abstract, contattare immediatamente la Segreteria Organizzativa al n° tel. 0835/256592.

I dieci elaborati ritenuti migliori dalla Commissione esaminatrice tra quelli pervenuti entro il 6 settembre saranno selezionati come comunicazioni orali, mentre gli altri saranno presentati come poster. Comunicazione di accettazione entro il 16/09/2014.

Tutti i contributi scientifici selezionati saranno pubblicati su Tutor; con l'invio dell'elaborato si autorizza automaticamente la pubblicazione e si dichiara di essere gli Autori del testo inviato.

PRESIDENTE DEL CONGRESSO

G. Palasciano (Bari)

COMITATO ORGANIZZATORE

A. Sacco (Presidente - Matera)

R. Maglietta (ASM - Matera)

G.B. D'Errico (Foggia)

E. Giordano (Matera)

R. Tataranno (Matera)

M. Lupo (Pomarico - Mt)

T. Bengiovanni (Matera)

COMITATO SCIENTIFICO

F. Consorti (Presidente SIPeM, Roma)

MG. De Marinis (Vice-presidente SIPeM, Roma)

P. de Mennato (Vice-presidente SIPeM, Firenze)

C. Arrigoni (Pavia)

P. Bacchielli (Ancona)

L. Bertozzi (Cesena)

P. Binetti (Roma)

G. Delvecchio (Bergamo)

D. Festi (Bologna)

M. Gangemi (Verona)

L. Garrino (Torino)

P. Gallo (Roma)

A. Lotti (Genova)

C. Maganza (Genova)

G. Masera (Monza)

L. Montagna (Milano)

S. Oldani (Milano)

G. Renga (Torino)

C. Scandellari (Padova)

G. Ventriglia (Torino)

L. Vettore (Verona)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

ALLMEETINGS Srl

Sede Legale: Via Passarelli, 137 Bis - 75100 Matera

Sede Operativa: via Gattini 6 - 75100 Matera

Tel./Fax 0835.256592 - Cell. 392.9895516

segreteria@allmeetingsmater.it

www.allmeetingsmater.it



INFORMAZIONI LOGISTICHE

Ogni singola giornata del congresso è accreditata come evento di formazione ai fini ECM.

Sono accreditati a parte anche gli atelier formativi
La determinazione del numero dei crediti ECM è in corso.

PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Per chi effettua l'iscrizione sarà assicurata la sistemazione alberghiera (pernotto e colazione) a prezzi convenzionati:

- camera singola: 80/giorno
- camera doppia: 60/giorno
- camera tripla : 50 /giorno

Le tariffe si intendono a persona al giorno IVA inclusa, esclusa la TASSA DI SOGGIORNO (da versare direttamente all'hotel).

Per prenotare l'hotel è necessario inviare la scheda di prenotazione alberghiera (allegata o scaricabile dal sito www.pedagogiamedica.it) alla Segreteria Organizzativa, accompagnata dall'importo per i pernottamenti previsti. Il versamento deve essere effettuato contestualmente all'iscrizione al Congresso, con le stesse modalità.

Dopo il **31/08/2014** non si garantisce la disponibilità di camere

SEDE CONGRESSUALE

Auditorium Ospedale "Madonna delle Grazie" - MATERA

COME ARRIVARE

- In auto: con percorsi autostradali e poi su SS
- In aereo: Aeroporto di Bari/Palese
- In treno: Frece Argento e Bianca
- In treno: da Aeroporto Bari/Palese alla stazione centrale di Bari
- In treno: dalla stazione centrale di Bari a Matera

Servizio navetta disponibile su prenotazione dall'aeroporto e dalla stazione

MODALITÀ D'ISCRIZIONE

Inviare a ALLMEETINGS Srl la scheda di iscrizione (allegata o scaricabile da www.pedagogiamedica.it) accompagnata dal pagamento della quota d'iscrizione, effettuabile secondo una delle seguenti modalità:

- con bonifico bancario intestato alla ALLMEETINGS Srl
IBAN IT83U0101016100100000002052 c/o Banco di Napoli, specificando la causale, il cognome della persona per cui si effettua il bonifico e allegando alla scheda di iscrizione copia della contabile attestante l'avvenuto pagamento;
- con carta di credito - circuito Paypal (vedi scheda di iscrizione). Non verranno accettate altre forme di pagamento.

TERMINI DI CANCELLAZIONE (iscrizioni - hotel)

Entro il **24/8/2014** rimborso totale senza penale

Dal **25/8** al **7/9/2014** rimborso del 50%

Dall'**8/9/2014** nessun rimborso

MERCOLEDÌ 24

18.00-20.00 **Eventi artistici e culturali pre-congressuali**

GIOVEDÌ 25

08.00 Inizio del XVII° congresso SIPeM
Registrazione degli iscritti

08.45- 09.00 **Presentazione del Congresso**

09.00-09.15 Saluto delle Autorità

09.15-09.30 Presentazione dei laboratori sul tema:
"Il posto del soggetto nella cura";
L. Garrino (TO)

09.30-13.00 **Laboratori in parallelo**

1. Apprendere dal "Paziente esperto"
L. Garrino (TO), A. Gargano (TO),
M.S. Padula (MO)

2. Abilità di counselling e medicina narrativa come strumenti di educazione alla salute
M. Gangemi (VR), L. Vettore (VR)

3. La pratica riflessiva nelle professioni di cura: P. de Mennato (FI), M. Striano (NA)

4. Diversità e culture: punti di vista e mondi possibili: M. Marceca (RM),
M.L. Russo (RM)

5. Autonomia e resilienza nella cronicità:
G. Maserà (MB), A. Delle Fave (MB)

13.00-14.30 Colazione mediterranea

14.30-15.45 Sessioni Poster

16.00 -16.45 **Dialoghi di Matera**
"Ridiscutere la clinica"
Introduce: C. Scandellari (PD)
discutono: C. Rugarli (MI) e V. Dimonte (TO)

PROGRAMMA DEL CONGRESSO

17.00-18.15	Tavola rotonda su "Politiche della formazione" Moderano: F. Consorti (RM), P. Gallo (RM)	18.15-19.00	Sessioni poster
18.15-19.00	Assemblea dei soci SIPeM	20.30-22.30	Cena Sociale - Palazzo Firrau-Bernardini
VENERDÌ 26		SABATO 27	
08.00	Registrazione degli iscritti	08.00-09.00	Registrazione degli iscritti
09.15-09.30	Presentazione dei laboratori sul tema: "Formazione inter-professionale per la cura"; L. Montagna (MI)	09.00-13.00	Atelier formativi
09.30-13.00	Laboratori in parallelo <ol style="list-style-type: none"> 1. Efficacia della formazione inter-professionale: A. Marzano (TN), F. Consorti (RM) 2. Formazione inter-professionale nelle cure primarie: G. Ventriglia (TO) 3. Formazione inter-professionale alle competenze: P. Sestini (SI), C. Arrigoni (PV), A. Lotti (GE) 4. Le abilità di comunicazione nelle relazioni di cura: S. Quadri (TO), C. Maganza (GE) 5. Lavorare nei gruppi inter-professionali: L. Montagna (MI), M. G. De Marinis (RM) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. L'osservazione e la valutazione delle relazioni nei contesti clinici conducono: P. de Mennato, M. Striano 2. Processi decisionali condivisi col paziente (shared decision making) ed EBM conducono: P. Sestini, L. Vettore 3. Formare i "Pazienti simulati" conducono: L. Montagna, S. Oldani 4. Pedagogia dei genitori conducono: R. Zucchi, A. Moletto 5. Formazione inter-professionale in ecografia clinica conducono: V. O. Palmieri, S. Tardi, F. Minerva, S. Pugliese, A. Bonelli, G. Nicoletti 6. Formazione inter-professionale per la pianificazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) conducono: A. Sacco, V. O. Palmieri, A. Belfiore, N. Bucciante
13.00-14.30	Colazione mediterranea		
14.30 -15.45	Presentazione delle comunicazioni selezionate. Moderatore: G. Renga (TO)		
16.00 -16.45	Dialoghi di Matera "Curare nel territorio" Introduce: G. Ventriglia (TO), discutono G. Bonaldi (MB) e M. Tombesi (MC)		
17.00 -18.15	Tavola rotonda su "Sviluppo professionale continuo e formazione inter-professionale". Moderano: G. Delvecchio (BG) e M.G. De Marinis (RM)	13.00	Chiusura del Congresso
		14.00-20.00	Programma culturale

N.B.: Coloro che desiderano partecipare a un atelier debbono indicare il titolo dell'atelier preferito e un titolo come seconda scelta nel caso che la prima scelta non raggiunga il numero minimo previsto di partecipanti

PREMESSA**A cura di Lorenza Garrino**

La Pedagogia Medica sottolinea l'importanza di integrare i modelli di didattica professionalizzante con modelli di riflessione formativa che pongano l'uomo e i suoi valori al centro dell'azione della Medicina nel suo insieme. Questo aspetto sottolinea il suo ruolo di accompagnamento del professionista fin dall'inizio della sua formazione e per tutta la durata della vita professionale. I differenti livelli di problematicità esistenti nel campo teorico e in quello applicativo della Medicina comportano complessità epistemica, etica, relazionale, organizzativa ed economica. La formazione medica necessita pertanto di modelli di ricerca-intervento, sui quali basare il miglioramento continuo della formazione dei formatori. Proprio a partire da questi presupposti i laboratori della prima giornata del congresso affronteranno questi nuclei concettuali e tematici: modelli innovativi di formazione dei formatori e di formazione inter-professionale, modelli teorici ed epistemologici della Cura, modelli trasformativi in contesti di pratica educativa e di Cura, modelli di pratica riflessiva dei professionisti della Cura, saperi antropologici, psicologici e sociologici applicati alla Medicina per una formazione consapevole delle differenze.

Nei laboratori sarà possibile approcciare e sperimentare/approfondire differenti metodologie e strumenti, utili tanto nella formazione di base che nella formazione continua.

LABORATORI IN PARALLELO**Prima Giornata****25 settembre dalle 9.30 alle 13.00****“ Il posto del soggetto nella cura”****LABORATORIO I****Apprendere dal paziente esperto**

Albina Gargano*, Lorenza Garrino **, Maria Stella Padula***

* Master di 1° livello in Organizzazione e Coordinamento dell'Assistenza Infermieristica, Università di Torino

** Dipartimento di Sanità Pubblica e Scienze Pediatriche, Università di Torino, Italia

*** Master Apprendere ad Insegnare in Medicina Generale, Università di Modena

Con la partecipazione di Marta Coffrini e Alberto Fiorentini in qualità di “pazienti esperti”.

Le cure sono sempre più orientate ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, ad acquisire le competenze per divenire agenti attivi durante il percorso di malattia.

I pazienti esperti sono soggetti che hanno acquisito quelle abilità che li rendono capaci di giocare un ruolo centrale nella gestione della propria patologia, mantenendo in tal modo una buona qualità di vita nonostante la loro malattia a lungo termine. Se essi hanno la possibilità di raccontare le loro storie a gruppi di studenti possono apportare contributi ed insegnamenti preziosi, in quanto esperti nella gestione del loro stato di salute, sulla gestione delle situazioni della propria vita e facilitare così lo sviluppo di competenze professionali degli studenti. Il vantaggio nel potenziare e valorizzare il sapere del paziente esperto è quello di aiutare altri pazienti nell'adattamento alle limitazioni imposte dalla malattia cronica ma anche quello di fornire esempi di persone che hanno superato quegli stessi limiti ed hanno ricercato una positiva ed equilibrata integrazione dei limiti imposti dalla loro malattia cronica nel loro percorso esistenziale e sono in grado di condurre una vita serena, piena e soddisfacente. Il sapere esperienziale dei pazienti si costituisce come

opportunità per contribuire allo sviluppo della qualità e della personalizzazione nelle cure ed implementare la prevenzione. Il contributo di questi pazienti costituisce un valore aggiunto anche nella formazione dei professionisti, infatti la loro esperienza può contribuire ad aumentare la comprensione dei professionisti sui fattori che intervengono nell'evoluzione dello stato di salute, sulle possibili reazioni alle manifestazioni della malattia cronica e sul processo di progressiva acquisizione di autonomia nella sua gestione. Inoltre dal partenariato tra professionisti della salute e dal contributo dei pazienti esperti possono essere sviluppate ricerche utili ad implementare le linee guida sulla cura di alcune malattie croniche. A livello più generale lo sviluppo della presenza e del riconoscimento del contributo dei pazienti esperti nei servizi di salute, può generare nuove forme di sapere, consentire di migliorare le modalità di insegnamento e sviluppare la fiducia ed il rispetto verso i pazienti fornendo feedback positivi nell'ambito della équipe di cura, contribuendo ad implementare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici.

L'atelier verrà condotto sviluppando la dialettica con i partecipanti al fine di mettere in evidenza le esperienze dei professionisti, esaminando le possibilità e la fattibilità in alcuni contesti di sviluppare iniziative finalizzate ad implementare la partecipazione di pazienti esperti nei servizi di cura e nella formazione dei professionisti.

La **finalità** del laboratorio è valorizzare la complementarità dei saperi esperienziali di malati/familiari/care-giver, e dei saperi scientifici dei professionisti della salute. Promuovere la prospettiva del paziente/famigliari, al fine di contribuire nell'insegnamento, nella ricerca, e nelle cure alla di un partenariato costruttivo e durevole con i professionisti della salute ed anche all'evoluzione delle pratiche di comunicazione e di collaborazione con i pazienti

Obiettivi

Al termine del laboratorio i partecipanti saranno in grado di:

- Indicare le caratteristiche del paziente esperto ed il suo contributo nella formazione degli operatori e nella cura
- Ipotizzare il possibile coinvolgimento del pazi-

ente esperto in ambito educativo e formativo

- Sviluppare progetti di partenariato per il miglioramento delle cure

•

Riferimenti bibliografici

- 1) Edgar, A. The expert patient: Illness as practice, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2005,8:165–171.
- 2) Wykurz G. Developing the role of patients as teachers: literature review, *BMJ*,2002,325: 818–21.
- 3) Tyreman S. An expert in what?: The need to clarify meaning and expectations in “The Expert Patient”, *Medicine, Health Care Philosophy*, 2005,8:153–157.

LABORATORIO 2

“Abilità di counselling e medicina narrativa come strumenti di educazione alla salute.

Michele Gangemi – Pediatra e Counsellor – Società Italiana di Pedagogia Medica

Luciano Vettore – Professore di Medicina interna - Società Italiana di Pedagogia Medica

La maggiore difficoltà nell'educazione alla salute consiste nella mancanza di richiesta di aiuto da parte dell'interlocutore: nella cura delle malattie la richiesta di aiuto del paziente risulta esplicita, mentre nell'educazione alla salute è compito del sanitario proporre un cambiamento a fronte di un rischio più o meno elevato, ma spesso inavvertito.

Le difficoltà che ne derivano sono particolarmente evidenti in pediatria, per esempio a proposito di vaccinazioni, dove esiste un'ulteriore complessità dovuta alla presenza dell'interlocutore indiretto (il genitore) che deve prendere decisioni per la salute di un altro soggetto (il bambino).

Le abilità di counselling sono essenziali nell'educazione alla salute in tutte le età; la medicina narrativa facilita le abilità relazionali e rappresenta uno strumento prezioso di empowerment; per il loro esercizio è tuttavia necessaria una formazione specifica. Con questo fine nel Laboratorio i partecipanti verranno stimolati alla riflessione su tali aspetti mediante l'utilizzo di video-stimolazioni, di lavori in piccolo gruppo e di sessioni di “role playing”.

Come esemplificazione concreta di progetto per l'educazione alla salute verrà presentato il corso

“blended” di counselling vaccinale con formazione dei formatori e dei responsabili dei Centri vaccinali unitamente ai pediatri di libera scelta, che si colloca all'interno della campagna nazionale GenitoriPiù, comprendente 7 azioni - basate su prove di efficacia - per la salute del bambino, tra le quali vi sono per l'appunto le vaccinazioni. Tale corso, preparato da SIPeM, è stato adottato dalla Regione del Veneto ed è stato già svolto in alcune ASL regionali. Verrà iniziato anche nella provincia di Trento con le stesse modalità.

L'esempio di questo corso di counselling verrà infine proposto come base metodologica di iniziative di educazione alla salute anche in altri periodi del ciclo vitale.

Obiettivi

Al termine del Laboratorio i partecipanti saranno in grado di:

- individuare i principi fondamentali dell'educazione alla salute e le possibili resistenze al cambiamento;
- definire le caratteristiche essenziali del counselling e i suoi rapporti con la medicina narrativa;
- partendo dall'esperienza di GenitoriPiù nella promozione dalle vaccinazioni, individuare metodologie possibili di educazione alla salute anche in ambiti diversi dalle vaccinazioni, grazie all'applicazione delle abilità di counselling e all'utilizzazione di strumenti della medicina narrativa.

Bibliografia

- 1) Sclavi M. Arte di ascoltare e mondi possibili. Le vespe, Milano, 2000
- 2) Bert G. Medicina narrativa. Il pensiero scientifico, Roma, 2007
- 3) Quadrino S. Il pediatra e la famiglia. Il pensiero scientifico, Roma, 2006
- 4) Garrino L. La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura, Edi Ermes Divisione Centro Scientifico Editore, Milano 2010
- 5) Zanetto F, Elli P, Gangemi M. Narrazione e prove di efficacia in pediatria. Come integrare evidence-based medicine e medicina narrativa nella pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2006
- 6) Douglas J Opel et al. The architecture of provider-parent vaccine discussions and health supervision visits. Pediatrics 132:1037-46, 2013

7) AA. VV. Genitori più. Cierre grafica, Verona, 2009

LABORATORIO 3

La pratica riflessiva nelle professioni di cura

Patrizia de Mennato*, Maura Striano **

* Scuola di Scienze della Salute Umana - Dipartimento Medicina Sperimentale e

Clinica, C.L. Educazione professionale, Laboratorio di Medical Education, Università di Firenze

** Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II

L'epistemologia delle professioni della salute e della cura ragiona della storicità dei “vissuti” di tutti i protagonisti dell'esperienza di cura. Vissuti che mettono in gioco le forme stesse delle esperienze personali nella costruzione dell'expertise professionale e della pratica medica. Richiede, dunque, la responsabilità di riconoscere l'impegno della propria competenza cognitiva, delle proprie relazioni e della propria deontologia che permette, quindi, di “dar conto” del complesso delle azioni professionali.

Le professioni della salute della cura hanno la necessità di appropriarsi sempre più di una “epistemologia della pratica riflessiva” che sia in grado di svincolare la propria attività da semplici schemi operativi e da strumenti di esercizio. Questa trasformazione agisce in modo tale che si costruisca una competenza globale e riflessiva sul “repertorio personale di pratiche esperte” maturate nel tempo. Un patrimonio di azioni professionali che si riverbera all'interno del contesto di lavoro, delineando un clima di assistenza ed una vera e propria “comunità di buone pratiche”.

Il Laboratorio ha l'obiettivo di rispondere ai canoni del paradigma del *Medical professionalism* e di introdurre ad una “familiarità con l'esercizio della riflessione” grazie alla quale partecipanti possono imparare ad assumere loro stessi come soggetti/oggetti della loro conoscenza ed a riconoscere le contraddizioni e gli automatismi che si presentano nel loro agire professionale. Sono gli stessi professionisti che possono imparare a riconoscere che è

la storia personale a costituire il filtro attraverso il quale vengono elaborati i momenti di svolta e di cambiamento, generando una personale identità professionale. Ciò ci ha spinto a costruire occasioni formative cogenti che “esponessero” la mente degli studenti a temi/criticità/contraddizioni presenti nella quotidianità delle loro esperienze di professionisti. Per queste ragioni, vengono reso centrali nel Laboratorio momenti di riflessione ben definiti (i laboratori riflessivi, la loro restituzione e la successiva discussione pubblica). I principi sono rigorosamente riconducibili al metaparadigma della complessità, che permettano di *riorientarsi* (principio della circolarità ricorsiva), di *valutare* e di *decidere* il destino ed il significato del proprio intervento (principio di libertà/responsabilità), di *rivederne* le stesse premesse (logica della strategia), favorendo la *distanza osservativa* del pensiero (principio della decentrazione) che insieme permettono di potenziare e rendere riflessivo il ragionamento clinico.

La *finalità del laboratorio* è quella di a) attivare processi di riflessione a partire dalle narrazioni di pratica professionale che consentano di mettere a fuoco i percorsi generativi di conoscenza all'interno dell'agire professionale ed a identificare il professionista come agente epistemico; b) mettere a confronto una epistemologia professionale ispirata ad una razionalità di tipo tecnico ed una epistemologia ispirata ad una razionalità di tipo riflessivo per riconoscerne i limiti e le funzionalità in riferimento all'epistemologia professionale di chi opera nei contesti della salute e della cura.

Obiettivi

Al termine del laboratorio i partecipanti saranno in grado di:

- Riconoscere gli elementi di conoscenza implicati nell'agire professionale
- Identificare le forme di razionalità che sostengono l'agire professionale ed utilizzarle in modo critico
- Riconoscersi come soggetto costruttore di saperi all'interno dei contesti di pratica ed esercitare consapevolmente forme di riflessione nel corso dell'azione e sull'azione professionale.

Riferimenti bibliografici

DE MENNATO Patrizia

(2013) de Mennato P., Formiconi A.R., Orefice C., Ferro Allodola V. *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. Lecce, Pensa Multimedia.

(2012). *Medical Professionalism and Reflexivity. Examples of training to the sense of 'duty' in medicine. Educational Reflective Practices*, vol. 2, pp. 15-33.

(2011) de Mennato P., Orefice C., Branchi S., *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce, Pensa Multimedia.

STRIANO Maura

(2010) *Comunità di pratiche e sviluppo professionale in Alessandrini G., Buccolo M. (a cura di) Comunità di pratica e pedagogia del lavoro. Un nuovo cantiere per un lavoro a misura umana*, Pensa Multimedia, Lecce.

(2009) “La pedagogia nell'autoprevenzione dei professionisti della sanità”, in Blezza F. (a cura di), *Pedagogia della prevenzione*, Centro Scientifico Editore, Torino.

(2006) “Processi conoscitivi e agire professionale. Narrazione e sviluppo nei contesti di pratica” in PEDAGOGIKA.IT.

LABORATORIO 4

Alterità e culture: per una formazione consapevole delle differenze

Maurizio Marceca^{*°}, Maria Laura Russo ^{*°}

^{*} Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie, Sapienza Università di Roma

[°] Società Italiana Medicina delle Migrazioni, SIMM

Negli ultimi vent'anni, il fenomeno crescente della migrazione nel nostro paese di persone provenienti da tutte le aree del mondo ha rappresentato, per chi opera nei servizi sanitari e nella relazione di cura, una formidabile occasione di riflessione. Le difficoltà, reali o ingrandite, della relazione con una 'alterità' più evidente di altre (a partire dalle problematiche di comprensione linguistica per arrivare a quelle più tipicamente riferibili al retroterra valoriale e culturale), invitano ad assumere un approccio che sia in grado di comprendere e recepire la com-

plexità delle dinamiche di relazione, a partire dal riconoscimento del ruolo e della forza dei nostri stereotipi e pregiudizi all'interno delle dinamiche che viviamo.

La relazione con un paziente migrante, talvolta, è viziata da un'incapacità di vivere "equilibratamente" le differenze, poiché talvolta meccanicamente si è portati ad impostare delle relazioni isomorfe tra etnia, lingua e cultura. Ciò che chiamiamo "cultura" viene usualmente caricata di un peso eccessivo e di una sovrabbondanza di significato, come se le differenze che contraddistinguono tutti noi si cristallizzassero e si ponessero come un elemento biologico, predeterminato. Lo sforzo dovrebbe essere, invece, quello di dare la possibilità a ciascuno degli attori della relazione di esprimersi apertamente, nella consapevolezza che le identità e, soprattutto, ciò che possiamo chiamare appartenenze siano frutto di un processo, di una negoziazione. Il tentativo dovrebbe essere, allora, quello di costruire un punto di incontro che assomigli ad una soglia più che ad un confine, dove ognuno abbia la possibilità di "giocarsi" la propria identità senza attribuzioni predefinite.

Il punto di partenza dovrebbe essere, infatti, il riconoscimento e la messa in discussione della propria cultura e dei paradigmi a partire dai quali interpretiamo la realtà ed organizziamo la nostra professione. In una sorta di cassetta degli attrezzi dei professionisti della salute, va, quindi, anche inserita la capacità di un ascolto attivo, aperto e disponibile non solo verso l'altro e quello che dice, ma anche verso se stessi, per ascoltare le proprie reazioni, per essere consapevoli dei limiti del proprio punto di vista e per accettare il non sapere e la difficoltà di non capire. Si tratta, allora di avvicinarsi all'**«exotopia»**, **intesa come una tensione dialogica in cui l'empatia gioca un ruolo transitorio e minore, governata invece dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra.**

Il laboratorio che qui si presenta intende essere un momento di confronto tra professionisti, di sostegno alle competenze relazionali ed interprofessionali di ciascuno, recuperando ed esercitando abilità - che pur esistenti nel nostro normale modo di

percepire il mondo - vanno rese consapevoli, addestrandosi ad un loro utilizzo 'professionale'.

La *finalità* del laboratorio è di stimolare la consapevolezza, nei formatori e (indirettamente) negli studenti delle professioni sanitarie e nei professionisti della salute, delle dimensioni implicate nella relazione con le alterità, che il paziente straniero evoca in maniera più esplicita.

Obiettivi

Al termine del laboratorio i partecipanti saranno in grado di:

- Identificare le diverse dimensioni implicate nella relazione di cura con il paziente straniero;
- Prendere consapevolezza dell'opportunità di utilizzare approcci e strumenti propri del decentramento e dell'ascolto attivo;
- Far propri gli approcci utilizzati nel laboratorio nella pratica professionale quotidiana (con particolare riferimento alle attività di formazione)

Riferimenti bibliografici

1. Betancourt J.R. (2006), Cultural Competence and Medical Education: Many Names, Many Perspectives; One Goal. *Acad Med*; 81(6): pp.499-501.
2. Marceca M., Russo M.L., (2012), "Il paziente straniero - Il rapporto di cura con persone di etnie diverse come occasione di arricchimento personale e professionale", in *Salute e Territorio*, 191, pag.124-128.
3. La Cecla F. (2003), *Il malinteso. Antropologia dell'incontro*, Laterza, Milano.
4. Sclavi M., (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Mondadori, Milano

LABORATORIO 5

Autonomia e resilienza nella cronicità

Giuseppe Masera* Antonella Delle Fave**

* Clinica Pediatrica - Università di Milano-Bicocca
Fondazione MBBM / A.O. S.Gerardo - Monza

** Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano

Il laboratorio ha l'*obiettivo* di chiarire il significato e le implicazioni applicative di tre concetti chiave.

Il primo, l'autonomia, è alla base della medicina centrata sul paziente e fondata sul modello bio-psi-co-sociale. Nonostante le controversie interpretative che circondano questo concetto, in particolare quando si riferisce alle fasce fragili (minori, persone con gravi disabilità cognitive), numerosi studi empirici hanno evidenziato le conseguenze positive della promozione dell'autonomia e dell'aderenza attiva e consapevole del paziente sulla gestione efficace della malattia.

Il secondo concetto, la resilienza, si riferisce al conseguimento di un adattamento soddisfacente e di valori positivi in condizioni avverse, quali un evento traumatico, una patologia o una disabilità. Anche in questo caso un numero crescente di ricerche evidenzia come la resilienza sia diffusa tra persone con patologie croniche, sia come risorsa individuale che familiare.

Il laboratorio analizza autonomia e resilienza nel contesto delle patologie croniche le quali, proprio in quanto persistenti nel tempo, secondo l'opinione tuttora più diffusa - nonostante evidenze divergenti - compromettono in misura sostanziale la qualità di vita dell'individuo. Alla luce di queste premesse, verrà proposta una esercitazione pratica a piccoli gruppi di 5-8 partecipanti con l'obiettivo di realizzare una ricerca sotto forma di intervista semi-strutturata o narrazione scritta, per esplorare l'esperienza quotidiana, la qualità di vita e la progettualità di persone con disabilità o malattie croniche (ematologiche, metaboliche, neurologiche), al fine di identificare punti di forza e risorse personali e relazionali, e di costruire strategie di intervento per promuovere la resilienza.

Indicazioni bibliografiche

- 1) Zani B., & Prati G. (2013). Psychosocial functioning in adults with Beta-Thalassaemia Major: Evidence for resilience. *Journal of Health Psychology*, online first.
- 2) Masera G., Chesler, M., Zebrack, B. & D'Angio G.B. (2013). Cure is not enough: One slogan, two paradigms for Pediatric Oncology (Commentary). *Pediatric Blood Cancer*, 60:1069–1070.
- 3) Bassi, M., Falautano M., Cilia S., Goretti B., Grobberio M., Pattini M., Pietrolongo E., Viterbo R.G., Amato M.P., Benine M., Lugaresi A., Martinelli V., Montanari E., Patti F., Trojano M., Delle Fave A. (2013). The coexistence of well- and ill-being in persons with multiple

sclerosis, their caregivers and health professionals. *Journal of the Neurological Sciences*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2013.11.018>

LABORATORI IN PARALLELO **Seconda Giornata** **“Formazione inter-professionale per la cura”** **26 settembre dalle 9.30 alle 13.00**

LABORATORIO I **Efficacia della formazione inter-professionale**

Amelia Marzano*, Fabrizio Consorti**

* Servizio Formazione Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

** Dip. di Scienze Chirurgiche, Univ. “Sapienza” di Roma

La formazione inter-professionale non si qualifica solo per i metodi ma anche e soprattutto per l'intento di rispondere ad alcuni bisogni sempre più presenti nel mondo delle cure: la pratica clinica è sempre più complessa (paz. pluripatologici, anziani..), non si può più pensare di risolvere tutti i problemi da soli, la linea di demarcazione tra responsabilità e autorità dei diversi ruoli non è più così fissa, spesso con competenze complementari.

In letteratura con **Interprofessional education** (IPE) si intende un'insieme di interventi formativi in cui i membri appartenenti a più professioni sanitarie e/o sociali imparano insieme, in maniera interattiva, con il fine di rendere migliore la collaborazione interprofessionale e/o la salute/benessere di pazienti/clienti (1). L'IPE è un approccio volto a formare gli studenti delle professioni sanitarie a lavorare in team interprofessionali. Questi studenti più facilmente diventeranno membri collaborativi di un team che mostreranno rispetto e atteggiamenti positivi tra di loro e potranno migliorare gli *outcome* dei pazienti. L'IPE è ritenuta in grado di favorire la condivisione di abilità e conoscenze tra professioni diverse e permettere una miglior comprensione, una condivisione dei valori e il rispetto dei ruoli

degli altri professionisti della salute. Conoscere le professioni degli altri e il proprio ruolo nel team è critico nell'IPE; rappresenta il vero obiettivo di sviluppo nel tempo.

La ricerca di letteratura condotta in Pubmed col termine "interprofessional education" restituisce al momento oltre 16000 titoli, con una cospicua accelerazione dal 2000 ad oggi, ma una recente revisione sistematica Cochrane (2) ha potuto identificare solo 15 studi sperimentali con valutazione degli effetti, senza la possibilità conclusiva di affermare con certezza l'efficacia dell'IPE.

Valutare l'efficacia degli interventi educativi è sempre un elemento critico di successo dei programmi formativi, specie quando si progettano e implementano metodi a potenziale elevato costo e impatto organizzativo, come nel caso dell'IPE, sia che ci si rivolga alla formazione pre-laurea che – ancora di più – quando si tratti di mettere al lavoro insieme professionisti di diversa estrazione.

Il laboratorio inquadrerà il tema generale della valutazione di efficacia nell'attuale panorama della progettazione educativa per competenze (3), focalizzando in particolar modo le competenze specifiche dell'IPE, ripercorrerà i principali modelli e metodi di valutazione della competenza e delle componenti della competenza professionale (conoscenze, abilità, atteggiamenti), esplorerà alcuni esempi di attività di IPE, con particolare anche se non unico riferimento alla Formazione sul Campo (FSC), con l'intento principale di evidenziarne le modalità di valutazione di efficacia (4). Le migliori pratiche di FSC infatti conducono inevitabilmente verso un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza e rendono quasi inevitabile ricercare, più che le conoscenze acquisite, l'efficacia della formazione rispetto agli esiti di cura (*output*, ma anche *outcome*) non solo a livello individuale, ma anche collettivo di team o di organizzazione.

Obiettivi

Alla fine del laboratorio i partecipanti saranno in grado di:

- identificare i migliori metodi di valutazione degli elementi di competenza inter-professionale
- ipotizzare l'integrazione del punto di vista dell'IPE nei processi di formazione, con partico-

lare anche se non unico riferimento allo sviluppo professionale continuo nelle organizzazioni sanitarie e nella FSC

Riferimenti bibliografici

1. Interprofessional education: a review of context, learning and research agenda. J. Thistlethwaite. Medical Education 2012;46:58-70
2. Cochrane coll. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review) S. Reeves, L. Perrier, J. Goldman, D. Freeth, M. Zwarenstein. 2013, issue 3
3. Epstein R, Hundert E. Defining and assessing clinical competence. JAMA, 2002; 287 (2): 226-235
4. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. DR Bridges et al. Medical Education online 2011, 16:1-10

LABORATORIO 2

Formazione interprofessionale nelle cure primarie

Giuseppe Ventriglia, Maria Milano, Lorenza Garrino

Breve presentazione del workshop

Il workshop intende stimolare una riflessione ed una discussione sui risvolti formativi della pratica assistenziale interprofessionale nelle cure primarie e, se possibile, produrre una bozza di "decalogo di buona pratica interprofessionale formativa nelle cure primarie".

Obiettivo complessivo:

Definire un "Decalogo SIPEM" per una "buona" formazione interprofessionale nelle cure primarie.

Obiettivi specifici:

1. descrivere gli spazi che richiedono un intervento professionale interdisciplinare nell'ambito delle cure primarie
2. individuare le possibili criticità operative e riflettere sulle possibili ricadute a livello di progettazione formativa interprofessionale
3. individuare le peculiarità da prevedere e salvaguardare per gli interventi formativi interdisciplinari
4. discutere sui metodi necessari per ricercare e definire i bisogni formativi correlati alla pratica as-

sistenziale interprofessionale snelle cure primarie
5. individuare i punti fondamentali su cui impostare la progettazione ed i metodi formativi adeguati
6. riflettere sulle possibili metodologie necessarie per valutare i risultati

Metodologie utilizzate

Brainstorming iniziale per raccogliere le esperienze dei partecipanti in merito alle criticità riscontrate alle quale si pensi di poter ovviare mediante interventi formativi opportunamente progettati.

Se il numero dei partecipanti al Workshop ed il setting lo consentissero, si potrà ricorrere a lavoro in piccoli gruppi per il raggiungimento dei vari obiettivi sopra elencati

Bibliografia

- Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ* 2001;35(9):867-7.
- O'Leary KJ, Thompson JA, Landler MP, Kulkarni MP, Haviley C, Hahn K et al. Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plane of care. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 195-9.
- Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *Health Serv Res* 2013;13:1-9.
- Rice K, Zwarenstein M, Gotlib Conn L, Kenaszchuk C, Russel A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *J Int Car* 2010;24(4):350-61.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008; 45:140-53.
- Belle Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Mechanism for communicating within primary health care teams. *Can Fam Physician* 2009;55:1216-22.
- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Med Teach* 2007;29:735-51.
- Suter E, Andt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care* 2009; 23(1):41-51.
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwaren-

stein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:1-22.

- Sipem [homepage on the internet]. Formazione alla interprofessionalità nei corsi di laurea della facoltà di Medicina; 2011 Sep 10 [cited 2014 Jun 12]. Available from: <http://www.pedagogiamedica.it/report.pdf>.
- Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* 2010;10:1-11

LABORATORIO 3

Formazione interprofessionale alle competenze

Piersante Sestini, Antonella Lotti, Cristina Arrigoni

Breve presentazione del laboratorio

Il workshop intende promuovere una riflessione sulla interazione di due aspetti innovativi della progettazione e sviluppo delle attività formative: l'approccio per competenze e l'inter-professionalità. La declinazione delle competenze in un ambiente multi-professionale presenta infatti aspetti peculiari, richiedendo la identificazione sia di competenze condivise fra le professioni, sia di altre che si declinano in modo diverso nelle professioni, integrandosi, sia di altre ancora relative alla capacità di lavoro in squadra.

Obiettivi generali del laboratorio

Gli obiettivi possono essere suddivisi in tre gruppi:

- a) Illustrare il concetto di Educazione Interprofessionale (IPE) e discutere sul valore dell'IPE rispetto alla pratica interprofessionale (IPP)
- b) Individuare gli aspetti peculiari della IPE dal punto di vista della progettazione e sviluppo di attività formative. Identificazione e valutazione delle competenze professionali e interprofessionali
- c) Riflettere sulle opportunità attuali e future di IPE. Individuare gli ostacoli e le opportunità per IPE e IPP. Formulare idee su come introdurre IPP negli ambiti clinici

Metodologie utilizzate

Presentazione di casi da discutere in gruppi multiprofessionali

Sollecitazione di esempi e di casi concreti da parte dei partecipanti
Brevi interventi di sintesi e sistematizzazione da aperte dei tre moderatori.

LABORATORIO 4

Le abilità di comunicazione nelle relazioni di cura

Silvana Quadrino

Breve presentazione del laboratorio

La relazione di cura è una realtà dinamica e complessa, che mette in gioco i due attori principali, un “io” professionista e un “tu” paziente, in uno scambio di richieste e di immagini dominate da una idea di salute e di malattia, di speranza e di rischio che possono essere molto distanti fra loro. Lo strumento della narrazione permette al professionista di muoversi nel mondo del paziente, un mondo complesso e talvolta non del tutto noto neppure a lui stesso, di esplorarlo per individuarne i punti di forza e i punti di fragilità e per arrivare a definire insieme al paziente obiettivi realistici e sostenibili. Le competenze di comunicazione permettono di utilizzare strumenti come le domande, le ipotesi sistemiche, il riassunto in modo da dare il massimo di efficacia all'intervento del professionista.

Obiettivi generali del laboratorio

Far conoscere e sperimentare ai partecipanti l'uso della narrazione nella relazione di cura, e gli strumenti comunicativi che permettono di esplorare il mondo del paziente senza che l'intervento esca dallo specifico dell'intervento sanitario e dagli obiettivi (informativi, prescrittivi, di condivisione di percorsi di cura) di quell'intervento

Metodologie utilizzate

Analisi guidata di sequenze di comunicazione filmate
Prove di comunicazione
Approfondimenti teorici

LABORATORIO 5

Lavorare per gruppi interprofessionali

Maria Grazia DeMarinis, Licia Montagna

Breve presentazione del laboratorio

L'agire interprofessionale dovrebbe essere annoverato tra le principali competenze del professionista della salute attraverso una formazione che sin dalla formazione pre laurea sviluppi nel futuro professionista quella competenza a “lavorare insieme” per incontrare i bisogni della popolazione, che caratterizza la Formazione Interprofessionale (FI) secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per questo motivo la formazione dei docenti in materia di educazione interprofessionale va acquisita attraverso specifiche iniziative di formazione e di aggiornamento, atte a sviluppare non solo competenze didattiche in ambito interdisciplinare, ma anche una formazione specifica sugli atteggiamenti orientati allo sviluppo del lavoro di gruppo. Il laboratorio utilizzerà il metodo dell'incidente critico per attivare una profonda riflessione sul tema del lavorare in gruppi interprofessionali con la finalità di individuare strategie relazionali che permettano la condivisione di modelli di cura condivisi, un miglior coordinamento delle cure e un'efficace coinvolgimento dei pazienti nel processo decisionale. Nonostante l'esigua letteratura sugli outcome clinici circa l'effettivo contributo della pratica interprofessionale, i dati presenti riportano un importante miglioramento nella soddisfazione degli operatori che lavorano in team.

Obiettivi generali del laboratorio

Definire finalità, strategie e contesti del lavoro collaborativo in ambito sanitario
Individuare gli elementi che ostacolano lo sviluppo delle attività collaborative in ambito sanitario
Discutere strategie relazionali alternative che possano migliorare il lavoro nel gruppo interdisciplinare
Progettare un intervento di formazione interprofessionale che tenga conto della dimensione relazionale del lavoro di gruppo

Metodologie utilizzate

Brevi lezioni frontali di introduzione ai temi della FI e del lavoro di gruppo

Riflessione e analisi in piccolo gruppo di incidenti critici

Bibliografia

- D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 2005; Supplement 1:8-20
- World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization, 2010
- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*, 2007; Oct;29(8):735-51
- Coulson IK, Galenza S, Bratt S, Foisy-Doll CR, Haase M. A multi-dimensional analysis of person-centred collaborative practice for designing an educational curriculum in continuing care centres. *J Interprof Care*. 2014 May 15:1-2.

ATELIER FORMATIVI

27 settembre dalle 9.00 alle 13.00

1. L'osservazione e la valutazione delle relazioni nei contesti clinici

Conduce: Francesca Marone

La professionalità educativa può essere definita come una pratica anfibolica che segue un doppio versante: quello della conoscenza per la conoscenza e quello della conoscenza per sensibilità. Quest'ultima, in quanto possibilità di sentire e pensare ai nostri modi di essere e divenire in relazione con gli insiemi interconnessi e più ampi di cui siamo parte, favorisce il riconoscimento reciproco, si forma sull'esperienza del provare emozioni e sensazioni, sul riflettere e comunicare riguardo a tali emozioni. Utilizzare ambedue questi livelli favorisce la possibilità di non semplificare, consente di decostruire le narrazioni, di allargare le mappe, d'intervenire per ampliare le possibilità e, soprattutto, di costruire relazioni empatiche, relazioni che curano.

Pertanto, il focus dell'Atelier è centrato sulla categoria della relazionalità come cifra della cura e della formazione, ascrivendo all'incontro con l'Altro il ruolo di dispositivo cruciale nella co-costruzione del processo di cura.

L'Atelier risponde alla necessità da parte degli operatori sanitari di disporre di linee guida per l'osservazione degli intrecci relazionali che si articolano nei contesti della cura (tra operatori, pazienti, istituzioni, familiari e curanti).

In particolare, il lavoro d'analisi proposto è basato su procedure multimetodo volte a cogliere i diversi livelli della comunicazione nei sistemi sanitari, così da fornire un modello esplicativo delle relazioni funzionali e disfunzionali che caratterizzano l'incontro tra soggetti e, in particolare, la relazione operatore-paziente.

Le **finalità** dell'Atelier sono quelle di attivare processi di riflessione a partire dall'analisi delle modalità comunicative degli attori che si muovono sulla scena ospedaliera; favorire mediante la presentazione audiovisiva di casi il attraversamento personale; acquisire competenze in termini di capacità relazio-

nali e definire le coordinate teoriche ed operative volte ad esprimere gli aspetti relazionali della cura.

Obiettivi

Al termine del laboratorio i partecipanti saranno in grado di:

- Riconoscere le proprie modalità comunicativo-relazionali
- Leggere i contesti di comunicazione
- Cogliere il punto di vista del paziente
- Creare relazioni "pedagogiche" nei contesti della cura

Riferimenti bibliografici

- P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Pensa MultiMedia, Lecce 2011.
- J.V. d'Ivernois, R. Gagnayre, *Educare il paziente*, Mc Graw Hill, Milano 2004.
- F. Marone, *Le relazioni che curano: percorsi pedagogici per le professioni sanitarie*, Pensa Multimedia, Lecce 2012.
- F. Marone, *Emozioni e affetti nel processo formativo*, Edizioni ETS, Pisa 2006.

2. Processi decisionali condivisi col paziente (shared decision making) ed EBM

Conducono: P. Sestini, L. Vettore

La Medicina Basata sulle Evidenze (EBM), fin dai suoi esordi, è stata concepita come l'integrazione fra competenza professionale, evidenze scientifiche e preferenze e valori dei pazienti. Tuttavia, nei primi due decenni della sua esistenza, quest'ultimo aspetto è stato palesemente trascurato, come dimostra la sostanziale assenza di pubblicazioni sulla formazione a questo aspetto della disciplina, a fronte di una vasta letteratura sulla formazione alla valutazione critica della letteratura o ai principi dell'epidemiologia clinica. La situazione è radicalmente cambiata negli ultimi anni, con l'introduzione delle tecniche di shared decision making (Processi decisionali condivisi) e lo sviluppo di strumenti di supporto decisionale (Patient decision aids, PDA) per aiutare i pazienti a compiere scelte informate sulla propria salute tenendo conto dei valori e delle preferenze individuali, incoraggiando la partecipa-

zione attiva dei pazienti nelle decisioni cliniche che li riguardano.

Queste tecniche possono aiutare la realizzazione della così detta “Medicina partecipativa”, che può avvalersi sia della Medicina narrativa (NBM) che delle abilità di counselling, così da sanare il conflitto ingiustificato tra EBM e NBM, trovando sintesi nella Medicina per la Persona.

Obiettivi generali del laboratorio

Introdurre i partecipanti ai principi e gli strumenti del processo decisionale condiviso e metterli in condizione di introdurli nella loro pratica di formazione, integrandoli nella formazione all’EBM.

Aprire nelle pratiche di formazione agli orizzonti della Medicina partecipativa e della Medicina narrativa.

Metodologie utilizzate

Seminario interattivo, simulazioni di gruppo utilizzando strumenti predisposti o disegnati ad hoc.

Bibliografia

Drug and Therapeutics Bulletin. An introduction to patient decision aids. BMJ.

2013;347:f4147

Franklin L, Plaisant C, Shneiderman B. An information-centric framework for designing patient-centered medical decision aids and risk communication. AMIA Annu Symp Proc. 2013 Nov 16;2013:456-65

Gigerenzer G et al. Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. Psychological Science in the Public Interest 2007; 8 (2): 53-96

Hoffman T, Bennett S, Del Mar C. Evidence-based practice across the health professions. 2Nd edition. Elsevier Churchill Livingstone 2013

Dyson E Why participatory medicine? Journal of Participatory Medicine 2009 1:1 (<http://www.jopm.org/opinion/editorials/2009/10/21/why-participatory-medicine/>)

Bert G. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2007

3. Formare i “Pazienti Simulati”

Conducono: L. Montagna, S. Oldani

Introduzione

La raccolta anamnestica rappresenta il metodo *core*

per comprendere il problema del paziente e costruire un piano di trattamento efficace. L’insegnamento di una buona anamnesi si fonda sostanzialmente su 3 concetti cardine: la conduzione, ovvero quelle abilità interpersonali che permettono di interagire efficacemente con il paziente; il contenuto, ovvero gli aspetti metodologici che permettono di trasformare i dati raccolti dal paziente in informazioni mediche ed infine il ragionamento diagnostico, ovvero la capacità di analizzare e valutare i dati raccolti al fine di formulare delle ipotesi. La letteratura da tempo segnala il ruolo dei pazienti simulati, che opportunamente formati, rappresentano un valido strumento per l’acquisizione di skills pratiche e relazionali.

Dopo una breve introduzione alla simulazione e all’utilizzo dei pazienti simulati nella formazione medica di base, il laboratorio offrirà ai partecipanti l’occasione di sperimentarsi in prima persona nel ruolo di paziente simulato e di trainer. Il lavoro di gruppo permetterà ai partecipanti di riflettere su come organizzare le informazioni che il paziente simulato deve apprendere per “giocare” il proprio ruolo. Una sessione di role playing finale consentirà di discutere sugli aspetti metodologici da presidiare quando si forma un paziente simulato.

Obiettivi

Presentare un quadro generale sul un paziente simulato e di come può essere utilizzato nella formazione all’anamnesi

Discutere come si costruisce un copione per la raccolta anamnestica a partire dagli obiettivi di apprendimento dello studente

Sperimentare il training di un paziente simulato in piccolo gruppo

Bibliografia

Nardone D., et al., (1980), teaching History-Taking: where are we?, The Yale Journal of Biology and Medicine, 53: 233-250

Siaw-Cheok L. et al. (2014), Assessors for communication skills: SPs or healthcare professionals?, Medical Teacher, 1-6

Jennifer A. et al. (2009), the use of simulated patient in medical education: AMEE GUIDE N°42, Medical Teacher, 31: 477-486

Schweickerdt-Alker L., (2014), Revitalising the SP trough authentication: the authentic portrayal, *Medical Teacher*, 36: 541-543

4. Pedagogia dei genitori

Conducono: R. Zucchi, A. Moletto

Introduzione

La Pedagogia dei Genitori si inserisce nel dibattito riguardante la ricomposizione del sapere della scienza, formalizzato, astratto, teorico al sapere dell'esperienza, situato, concreto e quotidiano.

Le narrazioni degli itinerari educativi genitoriali e familiari si iscrivono nei fondamenti culturali dell'International Classification of Functioning (ICF), nella Medicina cognitiva e nella Narrative Based Medicine (NBM).

La Metodologia Pedagogia dei Genitori pone le basi per il Patto educativo terapeutico professionisti della sanità e paziente basato sul riconoscimento delle conoscenze e delle competenze che la famiglia riveste nei confronti propri congiunti.

Obiettivi

- Valorizzare le competenze educative dei genitori e dei familiari all'interno del patto educativo terapeutico personale sanitario pazienti.
- Considerare la genitorialità come professionalità per la gestione dell'handicap e della malattia in una prospettiva evolutiva, dalla relazione di cura alla relazione di crescita.
- Umanizzazione delle cure nell'ambito delle Medical Humanities.
- Sviluppare nei professionisti capacità metodologiche e relazionali, con funzione di promozione della salute, di sostegno e supporto a malati e familiari, e di accrescere la capacità di comprensione delle esperienze umane profonde legate alla malattia e alla disabilità.

Finalità

- Realizzare una medicina più vicina ai cittadini mettendo in atto l'alleanza educativo terapeutica famiglia, scuola e sanità
- Sperimentare la narrazione come pratica pedagogica di tipo riflessivo: la rievocazione dell'es-

perienza come strumento di apprendimento

- Valorizzare le competenze educative dei genitori all'interno del patto terapeutico tra il personale sanitario e i pazienti.

Struttura

L'atelier sarà condotto in modo interattivo con proposte teoriche, narrazioni di itinerari educativi di genitori, restituzioni e narrazioni dei partecipanti.

Bibliografia

- Charon R. (2006), *Narrative medicine - Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press, New York
- Garrino L. (2010) *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, Edi.Ermes- divisione Centro Scientifico Editore, Milano
- Moletto A, Zucchi R. (2013) *La Metodologia Pedagogia dei Genitori. Valorizzare il sapere dell'esperienza*, Maggioli editore
- Moletto A, Zucchi, R. (a cura di) (2006), *Con i nostri occhi. Un itinerario di 'Pedagogia dei Genitori'*, Torino 2006 (Supplemento Rivista Handicap & Scuola), Torino
- Moletto A, Zucchi R. (2001) *Il Progetto Pedagogia dei Genitori*, Elena Morea Torino
- Garrino L, Zucchi R, Moletto A. (2012) *La Metodologia della Pedagogia dei Genitori per la formazione alla relazione di cura*, Tutor,12: 7-1

5. Formazione inter-professionale in Ecografia clinica

Conducono: V.O. Palmieri, S. Tardi, F. Minerva, S. Pugliese, A. Bonelli, G. Nicoletti.

L'atelier sulla formazione inter-professionale in ecografia clinica è dedicato alla formazione dei formatori in particolare nell'ambito dell'ecografia infermieristica.

L'atelier si svolgerà in n. 5 ambulatori di ecografia e si baserà sull'attività tutoriale a piccoli gruppi costituiti da massimo 7 partecipanti in ogni ambulatorio. Ogni partecipante sarà messo in grado di localizzare i punti di reperi degli accessi venosi, i versamenti addominali e toracici, il globo vescicale.

Ogni partecipante riceverà per e-mail e su supporto cartaceo la documentazione utilizzabile per approfondire le conoscenze preliminari.

6. Formazione inter-professionale per la pianificazione di Percorsi Diagnostico-terapeutici Assistenziali

Conducono: A. Sacco, V.O. Palmieri, A. Belfiore, N. Bucciante.

La pianificazione dei PDTA consente di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni assistenziali, l'uso delle risorse disponibili e i rapporti fra medicina del territorio e medicina ospedaliera.

La gestione dei PDTA per processi:

- facilita il miglioramento continuo della qualità assistenziale;
- pone al centro del PDTA il malato e i suoi bisogni di salute;
- facilita l'integrazione ed il dialogo tra le diverse figure professionali;
- assicura la pertinenza delle attività di formazione

del personale sanitario;

- facilita la realizzazione di reti assistenziali e la continuità assistenziale.

L'atelier si svolgerà in un'aula con al massimo 60 partecipanti e sarà dedicato alla pianificazione di PDTA relativi a problemi di salute ad elevata prevalenza quali insufficienza cardiaca, BPCO, es. diabete mellito e ipertensione.

L'atelier si basa sull'impiego di metodi didattici innovativi; l'utilizzo di dispositivi elettronici per la raccolta delle opinioni, favorirà l'interazione inter-professionale e l'implementazione dei PDTA nell'ambito professionale dei partecipanti.

Ogni partecipante riceverà per e-mail e su supporto cartaceo la documentazione utilizzabile per approfondire le conoscenze relative ai PDTA oggetto dell'atelier.