

Volume 19 Numero

1



S.I.Pe.M

Attualità,
Proposte e
ricerche per
l'educazione
nelle Scienze
della Salute

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

ISSN1971-8551(online)

Volume 19 Numero

1

Attualità,
Proposte e
ricerche per
l'educazione
nelle Scienze
della Salute

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

Direttore responsabile: Giuseppe
Ventriglia

COMITATO EDITORIALE

Editor in Chief - Barbara Bruschi
Associated editors: Fabrizio Consorti,
Paolo Leombruni, Antonella Lotti

Editorial board: Marco Bani, Giacomo
Consorti, Giacomo Del Vecchio,
Diego Di Masi, Lorenza Garrino,
Debora Vichi, Patel Rakesh, Ming-Jung
Ho, Dario Torre, Yvonne Steinert

Editorial staff: Monica Bisci, Marco
Miniotti, Melania Talarico, Simone
Zamarian

Sommario

Volume 19 Numero

1

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

Reviews

- 6 Le basi concettuali e teoriche della formazione alla decisione condivisa con il paziente
Giuseppe Parisi.
- 25 Come valutare le ricadute dell'ECM sul comportamento professionale degli operatori? Una scoping review
Katia Daniele, Mariangela Devercelli, Gregorio Terreno, Lucia Zannini.

Original articles

- 38 La formazione sanitaria continua nella Regione Marche: uno studio osservazionale retrospettivo multicentrico.
Narcisi Laura, Franceschini Giulia, Girotti Susi, Capecci Elio, Pelusi Gilda.
- 52 L'esperienza vissuta dagli studenti durante lo stage Laboratorio per le Aggregazioni e le Relazioni nei gruppi-LARA Università: un'analisi qualitativa sul percepito a distanza.
Lorenza Garrino, Martina Geatti, Fabienne Guiducci, Paolo Angelini, Antonella Lotti, Silvia Armandola, Paolo Camozzi, Giovanni Schiesaro, Valerio Dimonte.
-

- 74 Percorso di Educazione Terapeutica al
paziente con Scompenso Cardiaco.
Fabrizio Pertile
- 115 Implementazione di uno strumento
innovativo per la gestione della
formazione continua: esperienza
dell’Azienda Ospedaliero Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Ancona.
*Franceschini Giulia, Girotti Susi, Mercanti
Rosalia, Ranucci Emanuela, Pelusi Gilda.*
-

Le basi concettuali e teoriche della formazione alla decisione condivisa con il paziente

Giuseppe Parisi

School of Medicine and Surgery, Università di Milano Bicocca - giuseppe.parisitrento@gmail.com

Materiale preparatorio al laboratorio "Apprendere a decidere collegialmente con i pazienti" condotto dall'autore con Giacomo Delvecchio e Luciano Vettore in occasione del Congresso SIPeM 2018 a Napoli

ABSTRACT

The model of the shared decision making (SDM) describes an attitude of professionals, to improve ethical and communication issues in the relationship with the patient, and, subsequently, the quality of care.

SDM is connected to several points of view, so a definition is needed when the term is used. Furthermore, SDM describes a new professional habit that if adopted it will probably cause a cultural revolution in terms of the professional role, affecting the organization of the health care system as well. Therefore, it is important to teach SDM to professionals, either in the graduate curriculum or in continuing medical education. This habit includes several interrelated competences, so the professionals must learn either clinical and methodological skills, or ethical and relational skills, enhancing a broad reflection about SDM, rather than a simple procedural learning. In continuing medical education, the teaching programme of SDM should be blended and comprehensive and addressed not only to professionals, but also to patients for education. A large debate about the underline model of the teaching programme on SDM, learning outcomes and method is necessary, supporting a deep reflection about the cultural perspective which is unfolded by SDM.

Key words: shared decision making, physician -patient relationship, continuing medical education

RIASSUNTO

Il modello del processo decisionale condiviso (SDM) descrive un atteggiamento del professionista, utile per migliorare gli aspetti etici e comunicativi della relazione con il paziente, e in definitiva la qualità dell'assistenza.

SDM appartiene ad un'area culturale vasta, e viene declinato in modo diverso dai diversi vertici di osservazione. Per questo è importante definire cosa si intende con il termine SDM quando lo si utilizza. Inoltre, SDM descrive un comportamento professionale che gode oggi di una certa attenzione, che probabilmente se adottato dai professionisti darebbe il via ad una rivoluzione culturale che cambierebbe il ruolo professionale e avrebbe effetti anche sulla struttura del sistema sanitario. Per questo il suo insegnamento è rilevante sia nella formazione di base che in quella continua. Questo atteggiamento professionale è contenitore di molte competenze interrelate: il suo insegnamento deve comprendere sia la trasmissione di competenze cliniche e metodologiche, sia quella di competenze relazionali ed etiche, stimolando la riflessione sul tema piuttosto che richiedere un semplice

apprendimento procedurale. Nell'ambito della formazione continua si deve mettere in atto una azione blended e complessiva, che comprenda anche l'informazione al paziente. Inoltre, si auspica un dibattito in ambito formativo per una miglior definizione del modello, degli obiettivi e dei metodi dell'insegnamento, e una riflessione profonda sulla nuova prospettiva culturale aperta da SDM.

Parole chiave: decisione condivisa, relazione medico - paziente, formazione continua in medicina

“Come paziente, generalmente non sono vista dai professionisti sanitari come partner, ma io li vedo come partner!”

Jessica Ditters, paziente affetta da distrofia muscolare (Ditters, 2016)

Si intende presentare lo “stato dell’arte” della teorizzazione sulla decisione condivisa con il paziente in sanità, al fine di porre le basi concettuali e teoriche per il suo insegnamento. Ciò sia attraverso una revisione critica delle linee di elaborazione dell’argomento, così come rintracciate in letteratura, sia attraverso una riflessione generale sulla pratica della decisione condivisa.

RADICI DEL MODELLO

La decisione condivisa è conosciuta internazionalmente come “processo decisionale condiviso” con l’acronimo SDM (shared decision making).

Oggi la decisione condivisa, tra i professionisti e con il paziente, è un intento professionale ampiamente studiato e origine di numerosi modelli operativi, oggetto della presente revisione critica, a tal punto che non è oggi più pensabile formare un professionista della salute che sia carente in questa competenza, ritenuta fondamentale.

La disamina approfondita sui motivi di tale rilevanza non è l’obiettivo di questa rassegna, ma è utile in questa sede ricordare almeno una ragione profonda del grande interesse che questa pratica ha suscitato. Nella seconda metà del secolo scorso, con il declino del modello paternalistico su cui si improntava classicamente la relazione tra professionista e paziente, si è posta l’urgenza di proporre nuovi modelli di relazione professionale dove il paziente potesse essere maggiormente riconosciuto come soggetto portatore di idee, paure ed aspettative. Si possono citare quelli che più frequentemente sono alla base dell’insegnamento della medicina e che sono tuttora un riferimento teorico importante nella letteratura internazionale che ha un approccio empirico al problema: si veda Szas e Hollander (1990), MacWhinney (1989), Emanuel (1992), Pendleton (1984), e tutta la letteratura connessa al filone della *narrative based medicine* (Greenhalgh 1998, Charon 2001).

Tali modelli, pur differenziandosi su alcuni aspetti, hanno in comune un'attenzione agli aspetti comunicativo relazionali, mettendo al centro dell'incontro professionista-paziente la relazione, intesa come l'esecuzione di una serie di azioni comunicative effettuate durante tutto l'incontro. Questa "diluzione" delle abilità comunicative nell'incontro rende importante ma non centrale il momento della decisione, momento nel quale professionista e paziente sceglieranno la strada da percorrere. Il modello SDM porta invece l'attenzione sulla decisione, o per essere corretti sulla azione finale del processo, la scelta, richiamando l'attenzione del professionista sul punto ineludibile del proprio lavoro, ricordando che al di là di tutto il risultato deve essere la decisione condivisa.

In definitiva sembrerebbe che l'approccio teorico del SDM sia un modo pragmatico, che arriva dritto allo scopo, per insegnare, studiare, valutare e attuare una relazione professionista-paziente non paternalistica, che riconosca il paziente come soggetto nella cura. Che questo approccio possa raggiungere questo obiettivo è da discutere, ma sta di fatto che oggi è al centro dell'attenzione e non può essere ignorato.

D'altra parte, non è automatico che SDM sia frutto di relazione non paternalistica. Infatti, la decisione condivisa con il paziente non implica che professionista e paziente

debbano ripartirsi la responsabilità della decisione in maniera rigida. Può esistere, infatti, una ripartizione della responsabilità della decisione in cui la parte di responsabilità del paziente è molto piccola se confrontata con quella del professionista. Che effettivamente ci sia una condivisione di responsabilità, seppure esse possano, di volta in volta, essere distribuite in maniera ineguale tra gli attori dell'incontro, è un fatto che, di per sé, ci autorizza a definire la decisione una "decisione condivisa". In linea con questo concetto, Kon (2010) afferma che non esiste una situazione precisa di decisione condivisa, ma essa è posta su un continuum dal paternalistico (*physician driven*) all'informativo (*patient driven*), al centro del quale esiste il/la situazione teorica in cui il contributo di medico e paziente è 50% per uno (*equal partners*) (fig. 1 e tab. 1).

SDM su un continuum
da: Kon AA. The shared decision-making continuum. JAMA - J Am Med Assoc. 2010;304(8). doi:10.1001/jama.2010.1208. (modificato)

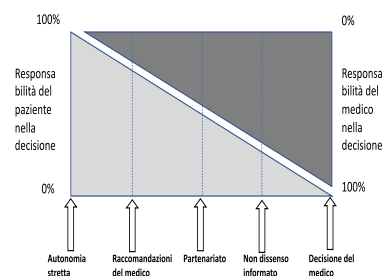


Figura 1: SDM su un continuum sec. Kon

Tipologia di modello	Medico	Paziente
Autonomia stretta (mod. informativo)	Presenta opzioni	Sceglie (anche scelta finale)
Raccomandazioni del medico (mod. deliberativo)	Opzioni + delibera su valori del paziente	Sceglie metodo di decisione, non sempre scelta finale
Partenariato (SDM)	Lavorano insieme	
Non dissenso informato (mod. paternalistico mitigato)	Informa e decide	Sa che può mettere veto
Decisione del medico (mod. paternalistico)	Decide	Accetta

Tabella 1. Azioni del medico e del paziente nei vari modelli secondo Kon

Secondo Kon - ma in molti sono d'accordo (Levinson 2005) - chi stabilisce il punto di condivisione è il paziente, che deve esprimere se e quanto vuole essere coinvolto nella decisione.

Si deve aggiungere che - come si evince dallo schema proposto - il criterio del modello di Kon è la responsabilità: quanta responsabilità va al medico e quanta al paziente? A questo punto è importante una osservazione: anche nella situazione "informativa" dove la responsabilità della decisione è al 100% del paziente, il medico è comunque responsabile del processo in toto, iniziando dall'informazione data. Il medico è quindi in qualche misura sempre decisore, non può sottrarsi in alcun modo a questo compito.

Nella sua ricostruzione "storica" del concetto di decisione condivisa, Stiggelbout

(2015) afferma che di condivisione del processo decisionale parla nello specifico per la prima volta Veatch nel 1972, come elemento del modello contrattuale da lui proposto in antitesi con il modello paternalistico. L'intento di Stiggelbout è quello di aggiungere i principi dell'equità, della libertà del paziente e della sua dignità ai già praticati principi della beneficienza e non maleficenza, sulla base del fatto che l'assistenza sanitaria cominciava ad essere considerata un diritto e non solo un privilegio. Su questa linea di pensiero, nell'ambito dell'etica, nel 1979 Beauchamp e Childress parlano di importanza dell'autonomia del paziente oltre agli altri valori conosciuti: questi autori affermano che i dati concreti del medico (*fact*), debbano essere considerati alla luce dei valori e delle preferenze del paziente.

Negli anni Novanta, in un ambito diverso, quello della gestione delle risorse e della variabilità clinica, Wennberg (in: Stiggelbout 2015) richiama l'attenzione sulla differenza tra decisioni efficaci e decisioni sensibili alle preferenze. Le decisioni efficaci sono quelle in cui esiste solo un'opzione e laddove la valutazione del rapporto costi /benefici è molto chiaramente a favore dell'azione stessa. Le decisioni sensibili alle preferenze, invece, sono quelle più complesse, vale a dire quelle in cui non essendoci dei ben definiti rapporti tra costi e benefici, le

preferenze e i valori del paziente divengono centrali nella scelta. Questo secondo tipo di decisioni, che a ben vedere sono quelle che spiegano la variabilità clinica sono state indagate con risultati interessanti: i pazienti, con un aiuto neutrale dei medici, decidendo secondo le loro preferenze, portano a ridurre gli interventi sanitari e conseguenti costi (Légaré 2014-2). L'attenzione degli amministratori su questo tipo di approccio è quindi alta, anche se la capacità della decisione condivisa di portare ad una effettiva riduzione dei costi non è ancora definitivamente chiarita (Légaré 2014-1, Stacey 2017).

Da quanto detto emergono, quindi, due ragioni, una etica e una clinico-amministrativa, che, da una parte, spiegano l'interesse verso la condivisione delle decisioni, e che, dall'altra, sono state responsabili dell'evolversi autonomo del concetto della decisione condivisa.

DEFINIZIONE DI DECISIONE CONDIVISA E MODELLI TEORICI ATTUALI

Charles nel suo articolo del 1997 ha presentato la prima concettualizzazione del modello SDM, ancora oggi riconosciuta come riferimento da tutti gli autori. Secondo Charles, le caratteristiche chiave della decisione condivisa, che devono essere sempre presenti, sono:

- che siano presenti almeno due

partecipanti, un professionista sanitario e un paziente;

- che entrambi condividano informazioni;
- che entrambi facciano dei passi nella costruzione di un consenso sul trattamento preferibile;
- che infine sia raggiunto un accordo sul trattamento (Charles 1997).

Vi è poi l'idea che oltre al passaggio di informazioni nei due sensi, si abbia anche di passaggio nei due sensi di informazioni riguardanti le preferenze del trattamento: si pone, quindi, come centrale l'accordo sul trattamento, e tale accordo non è detto che avvenga secondo le preferenze del professionista (Parisi 2002).

SDM non è un intervento parcellare che può essere considerato avulso dal contesto, tanto è vero che la stessa Charles afferma: *Non ci può essere una singola strada al SDM.*

Esso non può essere considerato cioè indipendente dalla capacità di costruire la relazione, di comunicare, di negoziare le decisioni, dare informazioni e così via, aspetto condiviso anche da altri autori (Triuglio 2013).

In definitiva, da nozioni "ristrette" di SDM, che riservavano un tale approccio a quelle situazioni, perlopiù in contesti di cura rilevanti, in cui era necessario scegliere tra più opzioni ben definite (ad esempio trattamenti chirurgici con rapporto rischi/benefici

diversi), gli autori sono giunti a definizioni più “allargate”, in cui il SDM è visto come un atteggiamento generale da adottare in qualsiasi decisione in sanità (Elwin 2016).

Un ulteriore passo avanti è stato fatto con l'evoluzione da una generica nozione di SDM come un atteggiamento (cfr. Charles 1997) a quella in cui viene esplicitamente posta come parte costitutiva del modello SDM la pluriopzionalità (Elwin 2016). In ogni caso è necessario osservare che esistono comunque situazioni in cui l'incertezza è bassa e in cui la pluriopzionalità non esiste, ma esistono forti ragioni per andare in una sola direzione, e queste situazioni in tali approcci restano mal descritte.

In letteratura si sono quindi moltiplicate le definizioni, al punto che Makoul (Makoul 2016) enumera 161 definizioni di decisione condivisa e cerca di identificare i nove elementi essenziali di essa, riportati in tab. 2.

Makoul conclude che nell'insegnamento vale la pena attenersi allo sviluppo di un repertorio di abilità e strategie relativo a questi nove elementi essenziali e non crearne di nuovi: si può proporre una check list di osservazione dell'incontro, ad esempio con un paziente simulato al quale è assegnato

un copione di SDM.

Definisci il problema
Presenta le opzioni
Discuti i pro e i contro (benefici/rischi/costi)
Controlla e chiarifica la comprensione
Discuti i valori e le preferenze del paziente
Discuti le raccomandazioni del medico
Discuti sulla capacità del paziente di autoefficacia (self-efficacy)
Prendi la decisione o posponila esplicitamente
Indica il follow up

Tabella 2. I nove elementi essenziali del SDM sec. Makoul

Nove elementi sono difficilmente memorizzabili e, pur fornendo una cornice completa alle azioni formative e ai formatori che vogliono considerare nel dettaglio le competenze di ogni fase del processo, possono essere un ostacolo all'insegnamento che deve fondarsi su schemi semplici e facilmente trasmissibili.

Alla base di molte proposte di insegnamento, accanto a strumenti di valutazione del processo decisionale (Barr 2017), un modello che oggi molto diffuso è quello di Glyn Elwin (Elwin 2016) che descrive tre sole fasi di colloquio: una conversazione per “fare squadra”, una conversazione sulle opzioni di gestione e infine una sulla decisione (Fig.2).

Deliberazione				
Conversazione per "fare squadra"	Conversazione sulle opzioni			Conversazione sulla de- cisione
	Preferenze iniziali del paziente	Costruzione delle preferenze	Preferenze in- formate	

Figura. 2: Il modello di Glyn Elwin (tabella adattata da Elwin 2016)

Nella prima fase l'obiettivo è quello di "fare squadra" vale a dire di assicurare il paziente che non sarà abbandonato a prendere la decisione da solo. È subito evidente che il modello di Elwin tende a superare quello stile "informativo" che, lasciando la scelta ultima al paziente può risultare poco comprensibile per chi normalmente decide per il paziente. Il presupposto di questa fase è che esistano diverse opzioni e che la scelta sia tra queste, e il paziente deve essere consapevole: va informato della situazione e rassicurato. Può essergli fornito il materiale informativo e i relativi *decision aids*, che può compilare e riportare alla consultazione successiva.

A questo punto, e solo a questo punto, può iniziare la seconda fase, la conversazione sulle opzioni: innanzitutto il professionista si assicura del grado di conoscenza che il paziente ha sul problema, elenca le opzioni, le descrive, e descrive nello specifico i rischi e i benefici di ognuna. Durante questa fase della conversazione le preferenze del paziente prendono la forma e la consistenza di "preferenze informate". Alla fine di questa fase è utile un riassunto da parte del professionista, per evitare equivoci.

L'ultima fase è la conversazione sulla decisione, dove il paziente è invitato a riflettere sulle sue preferenze, a questo punto "informate", e indicare quelle che gli stanno più a cuore, per sceglierne una, infine, naturalmente se si sente pronto.

Nel campo infermieristico è dal 1985 che esiste un filone di studi del SDM. Jenkins (citato da Canova 2016) studia il processo decisionale e individua quattro processi intenzionali che sono riassunti nella seguente *check-list*:

1. Hai cercato alternative?
2. Hai cercato informazioni?
3. Hai valutato le conseguenze?
4. Hai analizzato obiettivi e valori coinvolti?

Infatti, SDM può essere descritto anche come un processo che emerge da una serie di intenzioni comunicative e relazionali del professionista, che poi troveranno nei comportamenti la loro attuazione: il focus è allora sulle intenzioni, sulle spinte etiche e deontologiche del professionista. In quest'area si situano i modelli costruiti sui principi etici come quello di Whitney (Whitney, 2003), ripreso da Parisi (Parisi, 2016).

Quindi oggi SDM è descritto da numerosi modelli, che si situano in un'area che è compresa tra un'ordinata i cui valori vanno dall'intenzionalità alla proceduralità (in un'ottica comportamentale e prescrittiva) e una ascissa i cui valori vanno da paternalismo a stile informativo passando per un partenariato di condivisione 50%-50% (fig. 3).

Tale organizzazione dei modelli può essere utile per indirizzare la tipologia e le modalità dell'insegnamento.

In questa cornice, il clinico potrebbe chiedersi: fin dalle prime battute il concetto ha navigato tra due opposti poli, quello "etico" preferenzialista, in cui l'autonomia del paziente è sovrana in ogni caso senza "se" e senza "ma" e quello "clinico e gestionale" dove si riconosce l'importanza della decisione efficace nelle situazioni cliniche di bassa incertezza, dove il paziente può essere coinvolto in misura minore. Come tenere la barra tra i due poli?

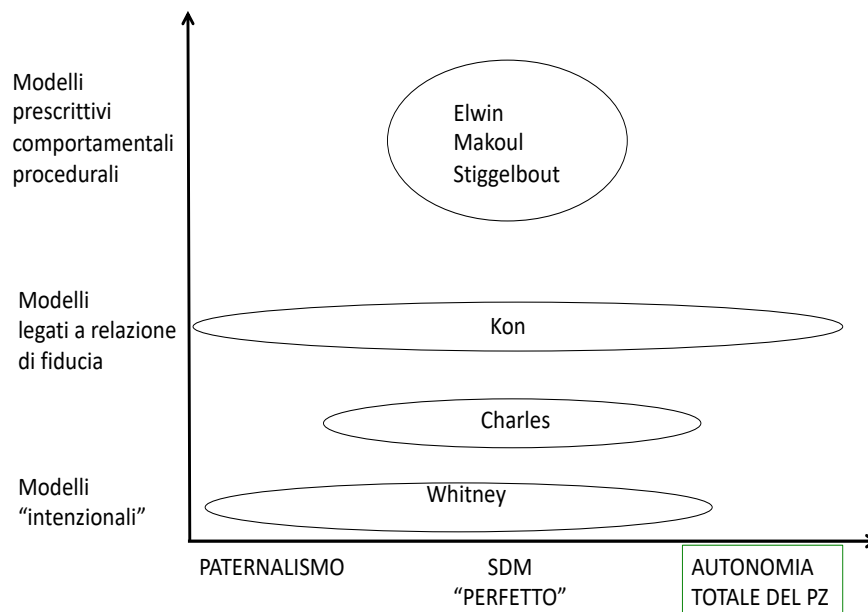


Figura 3: Area di funzionamento dei modelli

Come non cadere nell'indifferenza informativa, rispettando l'autonomia totalmente,

ma nemmeno arrivare a distorcere l'informazione per convincere il paziente?

Dovrebbe esserci una condotta diversa in situazioni diverse, come nel modello di Whitney precedentemente citato.

Su questo non c'è accordo e una discussione è necessaria, anche a livello di istituzioni formative. *Si può quindi affermare che non esiste un solo modello di SDM, ma più modelli diversi, e quando si progetta una azione formativa deve essere chiaramente esplicitato a quale di essi si fa riferimento.*

SDM: PROCESSO O AZIONE?

Per SDM si intende, lo si vuole sottolineare, un processo e non una azione puntuale (Parisi 2016). Perché abbia luogo SDM non basta certo che esistano certi aspetti comunicativi, ma tutti gli aspetti relazionali devono essere coinvolti, altrimenti si può cadere in quello che efficacemente è stato denominato da Saba “*simulated engagement*” coinvolgimento simulato (Saba 2006).

Questo autore afferma che la comunicazione può essere studiata attraverso l'analisi dei comportamenti, ma ciò non è esauritivo, ed è necessario indagare anche l'esperienza soggettiva dei partner: non solo gli affetti, le idee, le aspettative che il professionista pensa che si siano mobilitate, ma anche la diretta esperienza di condivisione da parte del paziente. Le informazioni possono essere condivise (sia dal professionista che dal paziente) ma non è detto che lo siano tutte, e la sfiducia può inficiare

l'esperienza collaborativa inducendo un membro a nascondere, ad esempio, informazioni preziose.

Quindi è necessario ma non sufficiente seguire il processo comunicativo del SDM, perché fiducia e potere possono influenzare sia gli schemi di comunicazione sia mediare la percezione della collaborazione nel processo decisionale (Saba 2006)

Per questa ragione si ritiene fondamentale che il professionista riesca a capire se il paziente desidera partecipare e in che modo (Huerter 2011, Strull 1984).

La modalità di partecipazione è un aspetto molto importante e spesso non preso in considerazione. Hughes (Hughes 1991), mette in luce che il paziente ottiene maggior soddisfazione se ha la sensazione di aver partecipato al processo controllandolo, indipendentemente dai risultati della scelta. Quindi, la soddisfazione generale del paziente non è esito diretto della soddisfazione dei suoi desideri, ma dipende anche dal modo con cui vengono prese le decisioni.

Ciò si vede bene nello studio di Verbrugghe (Verbrugghe 2016) dove tutti i professionisti affermano di discutere con il paziente la terapia, ma dove la scelta finale è sempre loro.

Due ultime riflessioni.

Il professionista deve ricordare che far partecipare il paziente non toglie

responsabilità e non può essere un sotterfugio per far decidere un altro perché non sa cosa decidere. Anzi, questa situazione necessita di un professionista di grande competenza, perché quanto più egli sa come comportarsi in quella situazione patologica, tanto più può essere disponibile a discutere apertamente con il paziente.

Inoltre, se si fa partecipare il paziente, si deve mettere in conto che possa decidere in modo diverso da quello che il professionista avrebbe voluto. Accettare questa possibilità è una sfida difficile, una rivoluzione copernicana, in quanto al centro non viene più messa la scienza medica, ma la volontà del paziente. È per questo che si è cominciato a parlare del 21° secolo come del secolo del paziente (Hertwig 2011). Cosa possono fare i professionisti, quindi? Possono imparare a vedere gli aspetti positivi e convenienti di questa situazione: il paziente si trasforma in esperto, di cui possono avvalersi nel proprio lavoro, ma anche un correttore del lavoro del professionista come avviene nell'ambito del nuovo paradigma della medicina partecipata.

È necessario, per questo, un operatore sanitario con una cultura ampia, non solo un tecnico, formato con strumenti che aprano alla riflessione e alla comprensione.

Quindi, preparare una azione formativa deve concepire la trasmissione di competenze relazionali ma anche prevedere lo

spazio per una riflessione culturale profonda che trascenda la mera effettuazione di schemi comportamentali

SDM ED EVIDENCE BASED MEDICINE

Nel 1996 Sackett affermò con forza che la pratica della *Evidence Based Medicine* (EBM) incorporava nel processo decisionale i valori e le preferenze del paziente. Come è noto, questo indirizzo metodologico è stato per molti anni ignorato e poco insegnato. Il medico vedeva come cruciale l'abilità di formulare il quesito clinico e la domanda rispondibile, trovare le migliori evidenze e avere la capacità di valutarle criticamente, mentre l'ultimo passo, quello dell'integrazione delle stesse con i valori del paziente veniva visto come passo ancillare (Greenhalgh 2014). La novità culturale del SDM riporta in prima linea le competenze e l'attenzione per questi aspetti della consultazione medica. Elwin conclude che la pratica dell'EBM e il SDM sono partner naturali e la storia del loro sviluppo separato dovrebbe finalmente terminare:

questi approcci complementari per il miglioramento della qualità dell'assistenza dovrebbero essere integrati nella pratica e nella formazione di tutti i clinici e degli studenti (Elwin 2016: 334)

Di fatto però la presentazione delle linee guida basate sulle evidenze non tengono

conto spesso delle preferenze del paziente. Infatti, se il beneficio di un trattamento si dispone su in continuum, come d'altra parte il rischio connesso ad esso, le linee guida solitamente presentano uno specifico punto del continuum dopo il quale viene raccomandato di eseguire un intervento: questo cut-off è arbitrario, perché il punto in cui il beneficio oltrepassa il rischio dipende largamente dalle preferenze del paziente. A questo proposito, Barrett (Barrett 2016) propone di adottare quella che lui chiama la “*sufficiently important difference*” (SID), , cioè il minimo beneficio valutato dal paziente che dovrebbe essere dato da un intervento, tale da giustificarne costi, rischi e altri possibili danni (o diminuzione della qualità di vita), come misura del se e del quanto vale la pena per il paziente di sottoporsi a quel dato intervento terapeutico. Questo metodo, secondo Barret, dovrebbe guidare la decisione del trattamento tenendo in conto le evidenze ma anche le preferenze del paziente.

SDM COME PRATICA DI TEAM

Decidere collegialmente è qualcosa di molto diverso dal decidere coinvolgendo il paziente, anche se le competenze comunicative possono essere sovrapponibili.

Diouf, in una review del 2016 sui programmi di formazione al SDM, conclude che oggi sempre più l'assistenza è erogata dal

team interprofessionale, laddove molti professionisti sono coinvolti in una decisione e non uno solo. I programmi formativi del SDM non dovrebbero essere rivolti alla diade professionista/paziente ma alla cascata decisionale interprofessionale (Diouf 2016).

LINEE GUIDA GENERALI SULLA FORMAZIONE

Se è stata colta la complessità del dibattito attorno al SDM che è stato presentato fin qui, si può comprendere come sia poco utile insegnare un protocollo di comportamento. Appare più utile, invece, insegnare una serie di principi da applicare tenendo in considerazione la situazione decisionale specifica. Nel primo articolo sul SDM, considerato fondante, la Charles afferma che *la decisione condivisa è in qualche modo una questione di percezione*. L'obiettivo della condivisione della decisione clinica può essere valutato e percepito in maniera diversa da diversi pazienti, e quindi piuttosto che prescrivere specifici comportamenti ai professionisti appare più corretto trasmettere alcuni principi fondamentali: ad esempio che le preferenze del paziente devono essere indagate e prese in considerazione, che i pazienti devono avere la possibilità di capire come il processo decisionale è portato avanti, e che le scelte dei pazienti devono essere rispettate (Charles 1997).

Nonostante queste iniziali riflessioni da parte della Charles, le check list comportamentali da seguire nell'insegnamento abbondano, anche se, studiando più approfonditamente le esperienze di formazione e applicazione del SDM, fortunatamente i programmi proposti appaiono ricchi e tutt'altro che semplificatori.

Il metodo formativo diffuso è quello dell'insegnamento di *skill* comunicative: un momento di apprendimento teorico attraverso materiale in un *flipped schoolroom* o disponibile on line, seguito preferibilmente da un workshop interattivo, e un secondo momento di apprendimento sul campo o attraverso pazienti simulati.

Ad esempio, Glyn Elwin ha messo in atto un percorso sperimentale caratterizzato da una fase di apprendimento asincrono on line attraverso video, quiz da affrontare individualmente, e una successiva fase di allenamento sincrono *one to one*, attraverso videoconferenze con pazienti standardizzati che fornivano feedback allo studente dopo ogni sessione (Elwin 2016)

Le abilità da insegnare non possono essere abilità meramente legate alla singola consultazione, ma devono tenere in conto la cura del paziente nel suo contesto nel tempo, là dove il professionista ha momenti di preparazione delle consultazioni e momenti di successiva riflessione e gestione delle conseguenze della decisione (Clayman

2017).

Si parla quindi di SDM legato alla storia del paziente, non alla singola consultazione. In questo modo si può tutelare in modo reale l'autonomia del paziente: infatti, conoscendo e tenendo presente il più possibile il contesto in cui il paziente si muove, possiamo tener conto dell'influenza dei familiari nelle decisioni, ma anche dei conoscenti e delle reti professionali coinvolte.

AZIONI FORMATIVE

In letteratura sono presentati una grande varietà di percorsi formativi.

Un primo esempio i percorsi sugli effetti dell'adozione del SDM nelle infezioni delle vie aeree superiori presenti nella revisione di Coxeter (Coxeter 2015), presentati nella tabella 3.

Nello specifico sono degni di nota i seguenti percorsi riportati da questo autore: *Briel nel 2006* prepara un opuscolo informativo per i medici seguito da un seminario sulla comunicazione orientata al paziente in piccolo gruppo di sei ore, completata da un seminario interattivo di due ore sulle linee guida sull'argomento. *Butler nel 2012* propone una formazione di 5 moduli online, 1 faccia a faccia e uno condotto da un facilitatore sul livello di prescrizione degli antibiotici e i dati sulla resistenza, discussione casi, esercitazioni sul colloquio motivazionale, riflessione individuale, un forum in rete

sull'esperienza e un *retraining* a otto mesi dal primo. *Cals nel 2009* propone un training di due ore con pazienti simulati, mentre *Francis nel 2009* propone un opuscolo per medici e per pazienti e un training online per incoraggiare il suo utilizzo.

Anche l'azione formativa di *Little nel 2013* ruota attorno ad un opuscolo ed un training sulla comunicazione con il paziente. *Légaré*

nel 2011 punta su un workshop nel quale discutere la probabilità delle infezioni batteriche, la comunicazione del rischio, con l'aiuto di video di pazienti simulati e la possibilità di discutere le barriere all'utilizzo del SDM. Importate il promemoria che i medici possono utilizzare durante le consultazioni. Quali gli esiti di questi percorsi formativi?

ARGOMENTI E METODI PRESENTI IN TUTTI GLI STUDI

- Formazione sulla probabilità di infezioni batteriche o virali delle vie aeree superiori
- Evidenze sul rapporto rischi/benefici del trattamento con antibiotici o con altre opzioni
- Tecniche di comunicazione del rischio
- Discussione tra pari sui sintomi di presentazione e la storia naturale della malattia
- Metodi di individuazione e sollecitazione delle paure e delle aspettative del paziente
- Metodi di negoziazione e accordo con il paziente sul piano di gestione della malattia e riassunto finale
- Metodi:
- Workshop tra pari o con facilitatore
- Piattaforme web
- Utilizzo di video o esercizi interattivi
- Utilizzo di stampati o strumenti interattivi per facilitare la partecipazione del paziente

ARGOMENTI E METODI UTILIZZATI IN ALCUNI STUDI

- Utilizzo del paziente simulato
- Procedure di consenso
- Riflessione individuale sulla propria pratica clinica
- Promemoria dei comportamenti attesi
- Dati sull'antibiotico resistenza
- Materiali per i pazienti da porre in sala d'attesa, opuscoli interattivi per il paziente da utilizzare nella consultazione e da portare al domicilio

Tabella 3. Argomenti e metodi di training per la facilitazione dell'adozione del SDM nella prescrizione degli antibiotici nelle infezioni delle vie aeree superiori (Coxeter 2015)

VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE

Rispetto ad una questione complessa come la formazione, dove i fattori incidenti sono molteplici, non ci si possono aspettare esiti chiari e univoci.

Inoltre, è difficile capire quale sia l'esito atteso della formazione: si vuole semplicemente una condivisione maggiore della decisione con il paziente o si vuole che tale pratica comunicativa e relazionale abbia

anche ricadute sulla qualità della cura, oltre ad essere un meritorio obiettivo etico? Gli *end point* surrogati non devono essere posti arbitrariamente e in seguito a questo i risultati possono anche cambiare di molto. Ad esempio, nella *review* di Coxeter (2015) sugli studi sul SDM nelle infezioni delle alte vie respiratorie l'*outcome primario* è la diminuzione della prescrizione di antibiotici, gli *outcome secondari* sono la soddisfazione del paziente, il suo coinvolgimento, il ripensamento del paziente sulla decisione, l'aderenza al trattamento, le re-consultazioni, le ospedalizzazioni e l'incidenza di polmonite e la mortalità. La conclusione della *review* è che l'obiettivo primario è raggiunto, senza diminuire la soddisfazione e senza re-consultazioni, ma che non ci sono evidenze sufficienti per dire se i restanti *outcome* sono stati raggiunti.

La *review* di Dwamena del 2012 sull'efficacia dei training per migliorare le capacità di orientamento al paziente mostra che meno di dieci ore di training hanno lo stesso impatto di una formazione più lunga, e rende i pazienti più soddisfatti, nonostante i risultati sullo stato di salute generale siano limitati. Comunque, i pazienti hanno comportamenti migliori riguardo alla loro salute nel caso in cui la formazione ai medici sia accompagnata da materiali e training per i pazienti (Dwamena 2012). Klemperer (Klemperer 2015) riporta come Hearter mostri

come un training di 12 ore per gli oncologi migliora le loro abilità nel SDM e provoca minor ansia e depressione nei pazienti.

Si vogliono notare alcuni aspetti rilevanti che sono stati resi evidenti dagli studi.

Il primo aspetto che si rende evidente è che un intervento non può essere un mero coinvolgimento di operatori singoli, ma deve essere *blended e complessivo*, coinvolgendo a più livelli il sistema di erogazione del servizio. Un esempio completo e illuminante è MAGIC, un programma nel quale è compreso un training degli operatori, la costruzione di una griglia di aiuto alla decisione, una serie di avvisi per i pazienti e in definitiva tutto il coinvolgimento dell'organizzazione sanitaria locale (Joseph-Williams 2017, King 2013). Légaré nel 2014 (Légaré 2014-1) identifica 39 studi che descrivono interventi su professionisti e su pazienti per migliorare il SDM e concludono affermando che gli interventi su ambedue sono più efficaci di quelli su una popolazione sola (Légaré 2014-1).

Il secondo aspetto è che i medici sembrano abbiano più facilità nel migliorare l'informazione ai pazienti ma meno nel condividere le loro aspettative (Sanders 2017).

Il terzo aspetto è che la formazione deve essere formazione alla relazione, non alla mera singola consultazione, specie nelle cure primarie, in quanto la modulazione della relazione e l'utilizzo accurato dello

stile comunicativo adeguato fin nei termini è fondamentale (Dizon 2013).

Quale tipo di formazione, quindi, è efficace in questo contesto?

Una formazione *blended* e olistica, aperta ad operatori sanitari e pazienti, orientata all'insegnamento della condivisione, che è l'abilità più carente, e con grande attenzione alle competenze relazionali, completata da una riflessione culturale.

CONCLUSIONI

SDM è un concetto operativo che nasce come atteggiamento auspicato per migliorare gli aspetti etici e comunicativi della relazione professionista paziente, e in definitiva la qualità dell'assistenza. SDM è un concetto che si pone all'interno della riflessione sulla consultazione e, in particolare, sulla decisione clinica, che rappresenta un'area culturale vasta, ma possiede declinazioni molto diverse. Per queste ragioni è utile definire cosa si intende con il termine SDM quando lo si utilizza.

SDM indica un comportamento professionale ma anche la percezione di tale comportamento da parte del paziente, ed è quindi difficile da fissare, valutare, misurare, e di conseguenza insegnare: è un contenitore di molte competenze interrelate.

È innegabile che SDM è molto dichiarato ma nei fatti è poco praticato (Verbrugge 2016), e che è duro a radicarsi: oggi i professionisti

non condividono di più che nel passato le decisioni con i pazienti, la situazione tende ad essere sempre uguale, nonostante in altre aree di lavoro ci siano cambiamenti. Ad esempio, i medici informano i pazienti molto di più di una volta, ma hanno difficoltà a condividere la scelta (Frerichs 2016). Probabilmente adottare questo stile relazionale darebbe il via ad una rivoluzione culturale che metterebbe a dura prova ruolo e potere sanitario (Hertwig 2011).

Per tutte queste ragioni SDM va preso in considerazione in ambito formativo. Inoltre, SDM è utile come spunto per una riflessione culturale, che comprenda l'insegnamento degli aspetti relazionali ed etici.

Da questo punto di vista, si ritiene meno efficace l'insegnamento *normativo* della condotta. L'ambito della formazione continua deve mettere in atto una azione *blended* e complessiva, che comprenda anche il paziente. Da non dimenticare mai l'aspetto di trasmissione di conoscenze cliniche e l'aspetto metodologico clinico.

Utile valutare gli effetti di tale formazione sulla qualità dell'assistenza.

Infine, ancora più utile iniziare un dibattito in ambito formativo su obiettivi e metodi dell'insegnamento del SDM.

BIBLIOGRAFIA

Barr PJ, Forcino RC, Thompson R, et al. Evaluating CollaboRATE in a clinical setting:

- Analysis of mode effects on scores, response rates and costs of data collection. *BMJ Open*. 2017;7(3):1-10. doi:10.1136/bmjopen-2016-014681.
- Barrett B, Ricco J, Wallace M, Kiefer D, Rakel D. Communicating statin evidence to support shared decision-making. *BMC Fam Pract*. 2016;17:41. doi:10.1186/s12875-016-0436-9.
- Canova C, Brogiato G, Roveron G, Zanotti R. Changes in decision-making among Italian nurses and nursing students over the last 15 years. *J Clin Nurs*. 2016;25(5-6):811-818. doi:10.1111/jocn.13101.
- Charles C. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44(5):681-692.
- Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* 2001; 286: 1897-1902
- Clayman ML, Gulbrandsen P, Morris MA. A patient in the clinic; a person in the world. Why shared decision making needs to center on the person rather than the medical encounter. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):600-604. doi:10.1016/j.pec.2016.10.016.
- Coxeter P. et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Hoffmann TC, ed. *Cochrane database Syst Rev*. 2015;11(11):CD010907.
- Diouf NT, Menear M, Robitaille H, Painchaud Guérard G, Légaré F. Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan. *Patient Educ Couns*. 2016;99(11):1753-1758. doi:10.1016/j.pec.2016.06.008.
- Ditters J. True patient participation is difficult and takes dialogue. *BMJ*. 2016;352(March):1-2. doi:10.1136/bmj.i1506.
- Dizon DS, Politi MC, Back AL. *The Power of Words: Discussing Decision Making and Prognosis*. ASCO EDUCATIONAL BOOK; 2013. <https://media4.asco.org/132/edbook/pdfs/EdBookAM201333442.pdf>. Accessed January 14, 2018.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, et al. Intervention for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD003267. doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2.www.cochranelibrary.com.
- Elwyn G, Edwards A, Thompson R (a cura di). *Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press, 2016

- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267:2221-2226.
- Frerichs W, Hahlweg P, Müller E, Adis C, Scholl I. Shared Decision-Making in Oncology - A Qualitative Analysis of Healthcare Providers' Views on Current Practice. *PLoS One*. 2016;11(3):1-13. doi:10.1371/journal.pone.0149789.
- Greenhalgh T et al. Evidence Based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725 doi: 10.1136/bmj.g3725
- Greenhalgh T, Hurwitz B (eds). Narrative Based Medicine. London: BMJ Books, 1998
- Hertwig R et al. How will health care professionals and patients work together in 2020? A manifesto for change. In: Gigerenzer G, Muir Gray JA. Ed. Better Doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020. MIT press 2011.
- Huerter M, Simon D. Do patients want SDM and how is this measured? In: Gigerenzer G, Muir Gray JA. Ed. Better Doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020. MIT press 2011.
- Hughes TE, Larson LN. Involvement in health care. *Med Care* 1991; 29:297-303.
- Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 2017;357:j1744. doi:10.1136/bmj.j1744.
- King E. Evaluation of Making good decisions in Collaboration (MAGIC) Programme. 2013;(April):1-173. http://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/BoliviaReport1_EN_2.pdf.
- Klemperer D. Patient Involvement as a Means to Improving Care Quality. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(40):663-664. doi:10.3238/arztebl.2015.0663.
- Kon AA. The shared decision-making continuum. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2010;304(8). doi:10.1001/jama.2010.1208.
- Légaré F (1), Stacey D, Turcotte S, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;15(9):CD006732. doi:10.1002/14651858.CD006732.pub3.www.cochranelibrary.com.
- Légaré F (2), Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2014;96(3):281-286. doi:10.1016/j.pec.2014.06.014.
- Levinson W, Kao a, Kuby a, Thisted R a. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public

- preferences. *J Gen Intern Med.* 2005;20(6):531-535. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0088.x.
- Makoul G, Cochran N. Models for teaching shared decision making. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R (a cura di). *Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice.* Oxford: Oxford University Press, 2016: 123-132.
- McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford University Press, 1989.
- Parisi G, Pasolli L. *Clinica, relazione, decisione. La consultazione medica nelle cure primarie.* Milano: Franco Angeli, 2016.
- Parisi G. Il paziente come esperto. *Ricerca e Pratica*, 2002, 18: n° 103: 1-5
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. Oxford University Press, Oxford 1984.
- Saba GW, Wong ST, Schillinger D, et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann Fam Med.* 2006;4(1):54-62. doi:10.1370/afm.393.
- Sanders ARJ, Bensing JM, Essed MALU, Magnée T, de Wit NJ, Verhaak PFM. Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations? *Patient Educ Couns.* 2017;100(3):563-574. doi:10.1016/j.pec.2016.10.002.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* April 2017. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns.* 2015;98(10):1172-1179. doi:10.1016/j.pec.2015.06.022.
- Strull WM et al. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 1984; 252: 2990-4.
- Szasz TS, Hollander MH. Un contributo alla filosofia in medicina. I modelli fondamentali della relazione medico-paziente. In: Sanità, scienza e storia; n.1, 1990, Milano: Centro Italiano di Storia e Sanità Ospedaliera.
- Truglio-Londrigan M. Shared decision-making in home-care from the nurse's perspective: Sitting at the kitchen table - A qualitative descriptive study. *J Clin Nurs.* 2013;22(19-20):2883-2895. doi:10.1111/jocn.12075.
- Verbrugghe M, Timmers L, Boons CCLM, Van Den Bemt BJF, Hugtenburg JG, Van Hecke A. Adherence to oral anticancer agents: Healthcare providers' perceptions, beliefs and shared decision making in Belgium and the Netherlands. *Acta Oncol (Madr).* 2016;55(4):437-443.

doi:10.3109/0284186X.2015.1119307.

Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med* 2003; 140: 54-59

Wrede-Sach J, Voigt I, Diederichs-Egidi H, Hummers-Pradier E, Dierks M-L, Junius-Walker U. Decision-Making of Older Patients in Context of the Doctor-Patient Relationship: A Typology Ranging from “Self-Determined” to “Doctor-Trusting” Patients. *Int J Family Med.* 2013. doi:10.1155/2013/478498

Come valutare le ricadute dell'ECM sul comportamento professionale degli operatori? Una scoping review

Katia Daniele^{a,b}, Mariangela Devercelli^c, Gregorio Terreno^c, Lucia Zannini^b

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

^b Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Milano.

^c Polis-Lombardia, Regione Lombardia, Milano.

SOMMARIO BREVE

Spesso, della formazione continua in medicina vengono valutati gli effetti nell'immediato (apprendimenti), ma raramente si considerano i cambiamenti professionali che si possono innescare grazie alla ECM. Poiché questa formazione dovrebbe impattare sulla salute dei cittadini, diviene cruciale fornire strumenti ai responsabili della formazione nelle aziende sanitarie, per cogliere le ricadute della ECM.

RIASSUNTO ESTESO

Premessa: L'ECM è cruciale nell'accrescimento/aggiornamento delle conoscenze, abilità e competenze del professionista della salute; risulta pertanto necessario valutarne le ricadute nella pratica lavorativa. Obiettivo di questo lavoro è indagare gli strumenti riportati in letteratura per la valutazione delle ricadute degli interventi ECM, focalizzando le modalità di valutazione del cambiamento del comportamento nella pratica professionale (terzo livello del modello di valutazione di Kirkpatrick).

Materiali e metodi: È stata condotta una scoping review in PubMed e CINAHL, combinando le seguenti parole chiave: *behavior change, effect, rebound, outcome, consequence, evaluation, assessment, continuing medical education, continuing professional development*.

Risultati: Sono risultati eleggibili 19 studi singoli, una revisione sistematica e un saggio. Gli strumenti di valutazione emersi dagli studi singoli sono prevalentemente dei questionari di auto-valutazione creati ad hoc, non validati. In pochi studi sono stati coinvolti altri "attori" nella valutazione, come i coordinatori dei servizi dei partecipanti o i pazienti. Oltre a questionari, sono state utilizzate scale validate, come anche focus group e/o interviste a partecipanti o responsabili. Pochi sono gli studi nei quali è stata effettuata una valutazione "oggettiva" delle ricadute ECM, come l'analisi pre-post corso delle cartelle cliniche compilate dai partecipanti. La maggioranza degli studi è disallineata rispetto alle raccomandazioni della revisione sistematica e del saggio.

Conclusioni: L'analisi delle ricadute della ECM sui comportamenti dei professionisti viene prevalentemente effettuata con questionari di auto-valutazione. Sarebbe altresì auspicabile l'utilizzo di strumenti "oggettivi", incluse analisi di documenti, come quelli usati negli audit. La valutazione dovrebbe inoltre essere condotta da altri stakeholders (coordinatori, colleghi, pazienti/utenti).

Parole chiave: scoping review, educazione continua in medicina, modello di valutazione di Kirkpatrick, strumenti di valutazione.

ABSTRACT

Background: CME is crucial to increase/update knowledge, skills, and competences of healthcare professionals; hence, evaluating its impact on professionals' practice is fundamental.

This research aims to investigate tools reported in the literature to evaluate the impact of CME, focusing on how to assess healthcare professionals' changes in their practice (third level of Kirkpatrick's evaluation model).

Materials and methods: A scoping review was conducted in PubMed and CINAHL, combining the following keywords: *behavior change, effect, rebound, outcome, consequence, evaluation, assessment, continuing medical education, continuing professional development*.

Results: Nineteen single studies, one Systematic Review (SR) and one Position Paper resulted eligible. The evaluation instruments that emerged mostly consisted of self-assessment questionnaires created ad hoc, which generally were not validated. In a few studies, other stakeholders were involved in the evaluation, such as managers of participants involved in CME, or patients. In addition to questionnaires, some validated scales were used, as well as focus groups and/or interviews with participants or their managers. A few studies utilized objective instruments to assess CME outcomes, such as the pre-post analysis of medical records filled out by participants. The majority of the studies were not aligned with the recommendations of the SR and the Position Paper.

Conclusion: The evaluation of CME effects on professionals' behavior is mainly carried out through self-assessment questionnaires. Yet, more objective instruments should also be considered, including the analysis of official papers, as those included in audits. Furthermore, evaluations should also be conducted by other stakeholders (managers, colleagues, patients/clients).

Keywords: scoping review, continuing medical education, Kirkpatrick's model of evaluation, assessment instruments.

1. PREMESSA

Il continuo cambiamento del sistema sanitario, il mutamento culturale e lo sviluppo scientifico hanno favorito la nascita del sistema di formazione continua in sanità anche in Italia [1].

Una delle finalità dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), nonché uno dei motivi principali del suo sviluppo, è favorire e supportare il miglioramento dell'assistenza sanitaria [2]. In quest'ottica, dunque, essa si configura come uno strumento che i professionisti sanitari hanno il diritto e il dovere

di utilizzare per accrescere e migliorare le loro conoscenze, abilità e competenze professionali [2] [3].

La valutazione di un intervento ECM avviene, dunque, necessaria per verificarne l'efficacia e anche per migliorare il percorso formativo [4] [5]. Il processo di valutazione è, infatti, parte integrante del processo di formazione, poiché ne costituisce "[...] sia la – sua – conclusione [...] che il punto da cui partire per una nuova analisi de bisogni formativi" [5]. Nell'ambito della formazione

continua, il tipo di valutazione più frequentemente effettuata è la valutazione di gradimento la valutazione dell'apprendimento, richieste per il riconoscimento dei crediti. Entrambe vengono generalmente effettuate immediatamente dopo la conclusione dell'attività formativa [6].

Tuttavia, la valutazione di un'attività ECM non può ridursi alla mera valutazione di gradimento e/o di apprendimento post-corso [5]. È attraverso un'attività valutativa nel tempo che è, infatti, possibile valutare "l'effetto" della formazione [5].

A partire da questi presupposti, nel 2019 Polis Lombardia (Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia), ha commissionato all'Università degli Studi di Bicocca, Dipartimento di Scienze della formazione, un intervento-ricerca, svolto in partnership con l'Università Statale di Milano, finalizzato a indagare e sperimentare strumenti per la valutazione delle ricadute dell'ECM, rivolto a tutti i referenti degli uffici di formazione delle ASST (AO) e ATS (ASL) lomabrde.

Uno dei modelli di valutazione della formazione maggiormente utilizzato è quello proposto da Kirkpatrick [7], il quale ipotizza quattro livelli di valutazione, ossia il gradimento (I livello), l'apprendimento (II livello),

il comportamento sul lavoro (III livello), l'impatto sull'organizzazione (IV livello). Seguendo questo modello, la valutazione viene considerata un "sistema di monitoraggio" [5] e non solo la fase conclusiva della formazione. Inoltre, per ogni fase della valutazione risultino maggiormente adeguati determinati strumenti.

Obiettivo di questo lavoro è stato, dunque, indagare gli strumenti indicati in letteratura per la valutazione dei cambiamenti di comportamento professionale (III livello del modello di Kirkpatrick) in seguito alla partecipazione a eventi ECM.

2. MATERIALI E METODI

Per il raggiungimento del suddetto obiettivo, è stata effettuata una scoping review della letteratura, condotta nei mesi di febbraio e marzo 2019¹, per trovare articoli che presentassero metodi e strumenti per valutare i cambiamenti di comportamento professionale, in seguito alla partecipazione a un intervento ECM.

2.1 STRATEGIA DI RICERCA E SELEZIONE DEI RECORD

La ricerca bibliografica è stata eseguita consultando le banche dati PubMed e CINAHL. Le parole chiave utilizzate e combinate tra loro in modo diverso sono state: *behavior*

¹ Per ragioni interne all'Ente per il quale tale scoping Review è stata effettuata, non è stato possibile pubblicare i dati relativi precedentemente. A titolo informativo, dalla fine della scoping Review al mese di febbraio 2020, utilizzando le stringhe di ricerca in PubMed e CINAHL specificate in tale elaborato, si evidenzia la presenza di ulteriori quattro articoli [29] [30] [31] [32] potenzialmente rilevanti dal titolo e dall'abstract.

change, effect, rebound, outcome, consequence, evaluation, assessment, continuing medical education, continuing professional development.

la pertinenza degli articoli con l'argomento di ricerca; la reperibilità del full text in inglese e/o in italiano. Non ci sono stati particolari criteri di esclusione.

I criteri di selezione degli articoli sono stati:

Nella Tabella 1 è sintetizzata la strategia di ricerca per ogni fonte utilizzata: FONTE DI RICERCA	STRINGA DI RICERCA	NUMERO DI RECORD EMERSI
PubMed	((((((((("behavior* change*[Title/Abstract] OR effect*[Title/Abstract] OR rebound[Title/Abstract] OR outcome*[Title/Abstract] OR consequence*[Title/Abstract]))) AND (Humans[Mesh] AND (Italian[lang] OR English[lang]))) AND (((evaluation[Title] OR assessment[Title]))) AND (Humans[Mesh] AND (Italian[lang] OR English[lang]))) AND ("continuing medical education"[Title] OR "continuing professional development"[Title]) AND (Humans[Mesh] AND (Italian[lang] OR English[lang]))) AND (Humans[Mesh] AND (Italian[lang] OR English[lang]))	53
CINAHL	AB ((behavior* change*) OR effect* OR rebound OR outcome* OR consequence*) AND AB (evaluation or assessment) AND TI ("continuing professional development" OR "continuing medical education") + <u>FILTERS HUMAN AND ACADEMIC RESEARCH</u>	59

Tabella I. Sintesi strategia di ricerca scoping review

Legenda Tabella 1. Nella tabella 1 è riportato il numero dei record rilevati in PubMed e in CINAHL mediante l'utilizzo di specifiche stringhe di ricerca.

Dalla ricerca su PubMed sono, dunque, emersi 53 record, mentre da CINAHL 59.

Di questi, alcuni erano dei duplicati; quindi,

una prima scrematura dei record trovati è avvenuta eliminando i doppi; in secondo luogo, sono stati esclusi gli articoli ritenuti poco rilevanti a partire dal titolo e/o dall'abstract; infine, sono stati eliminati gli articoli dei quali non è stato reperito il full-text e quelli ritenuti irrilevanti dal full text, così come riportato nella Figura 1.

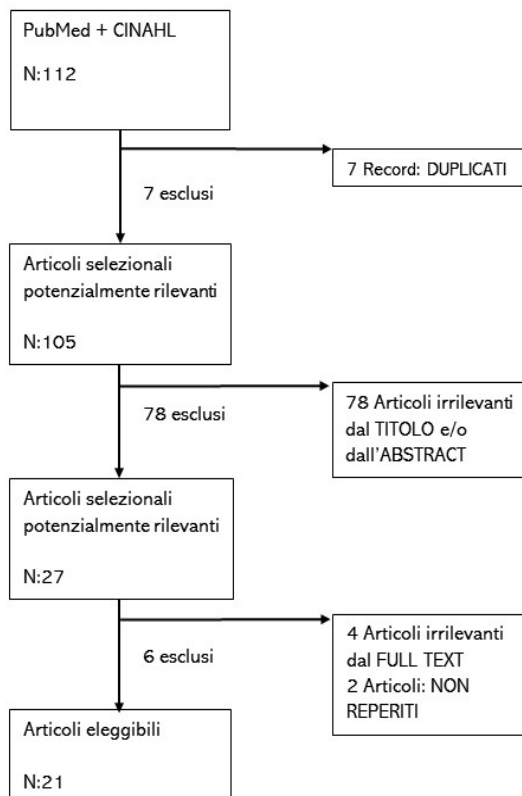


Figura I. Schema di selezione degli articoli eleggibili.

Legenda Figura I. Nella figura 1 è riportato il numero degli articoli eleggibili derivante dall'esclusione di dopponi, articoli irrilevanti dal titolo e/o dall'abstract, articoli di cui non è stato reperito il full text e articoli irilevanti dal full-text.

Da quest'ultima selezione e, dunque, dalla lettura dei full text sono risultati eleggibili 21 articoli.

2.2 ANALISI DEI REPORT

Gli articoli selezionati, dopo essere stati letti ed esaminati, sono stati sintetizzati in una tabella Word (non presente in questo articolo per limiti di spazio) seguendo, ove è stato possibile, il suddetto schema: Titolo;

Autore/i; Anno di pubblicazione; Rivista di pubblicazione; Obiettivo dello studio; Metodi: Disegno dello studio, Setting, Partecipanti/Campione, Attività ECM effettuata/descritta, Procedura, Strumenti per la valutazione del cambiamento nella pratica clinica dopo aver frequentato l'attività ECM; Risultati; Conclusioni.

SINTESI NARRATIVA DEI RISULTATI PRINCIPALI

I risultati di questa scoping review cercano di chiarire lo stato dell'arte sugli strumenti presenti in letteratura per la valutazione delle ricadute di un corso ECM sulla pratica dei partecipanti.

Dei 21 report presi in esame, 19 sono studi singoli [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26]; uno è una revisione sistematica, che comprende 32 studi primari, pubblicati da gennaio 2000 a gennaio 2006, nella quale sono stati esclusi studi che prendevano in esame la sola valutazione di soddisfazione di un corso ECM, così come gli studi dove meno del 50% dei partecipanti era medico [27]; infine, tra i 21 report rilevati è emerso un saggio [28], nel quale vengono descritte le diverse metodologie/strumenti di valutazione in correlazione ai diversi livelli della piramide di Miller (livello 1: conoscenze; livello 2: conoscenze procedurali; livello 3: mostrare come si esegue una

manovra/tecnica; livello 4: fare in autonomia).

Il periodo di pubblicazione dei 21 paper selezionati per la presente scoping review va dal 1999 al 2017.

Tra i 19 studi singoli, è emerso che nella maggior parte dei casi [11] [13] [18] [19] [20] [25] sono stati utilizzati come unici strumenti di analisi delle ricadute della ECM questionari creati *ad hoc* di auto-valutazione, sia a risposta chiusa sia a risposta chiusa e aperta, dei quali solo in un caso [16] ne è stata effettuata la validazione; ciò in accordo con quanto riportato dalla suddetta revisione sistematica di Tian et al. [27]. In questa revisione, infatti, viene rilevato come in nessuno degli studi nei quali viene descritto come strumento di indagine un questionario creato *ad hoc* vengano riportate informazioni sulla validità e affidabilità.

Per quanto riguarda la scoping review, è soltanto in un caso [25], inoltre, che il questionario sviluppato è presente nel full text del paper; in altri casi, invece, viene riportata la sola descrizione degli item e/o delle aree di indagine nel corpo del testo [9] [11] [18] [19] [20].

Nei pochi studi nei quali sono stati utilizzati dei questionari e/o scale già validati/e, essi sono risultati specifici per l'argomento trattato nel corso ECM. È il caso dello studio di

Chapman et al. [12] in cui sono state utilizzate delle scale auto-compilate, come per esempio la *The Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HS) in seguito a un corso formativo sulla gestione del burn-out. Altro caso è la *Pain and function subscales WOMAC 3.0 osteoarthritis index* dello studio [10] riguardante un'attività formativa per l'acquisizione delle competenze di iniezioni al ginocchio. In tal caso, però, a differenza degli altri studi, lo strumento non è stato di auto-valutazione dei partecipanti, bensì è stato compilato dai pazienti trattati dai partecipanti che avevano effettuato la formazione. Questo non è l'unico studio in cui la valutazione viene effettuata non dai partecipanti all'attività ECM. Infatti, in due [8] [14] dei quattro [21] [22] studi in cui sono stati utilizzati come strumenti di indagine delle interviste e/o dei focus group, i soggetti coinvolti non sono stati esclusivamente i partecipanti, ma anche i dirigenti sanitari dei centri in cui i primi lavoravano. Anche qui, le griglie di intervista e/o le *questioning route* dei focus group sono presenti solo in alcuni studi [14] [22]; in uno, è presente la sola descrizione delle domande dell'intervista [21].

La combinazione di più strumenti per indagare l'impatto dell'ECM sul comportamento nella pratica dei professionisti non è stata reperita in molti

studi. Ciò si è, infatti, verificato in soli cinque casi: nei due sopraccitati [8] [14], nello studio di Taanila et al. [24], nel quale a una scala già validata, la *Doherty-Baird's 5-point self-assessment scale*, è stato associato un questionario *ad hoc*, anch'esso di auto-valutazione, e in altri due studi [9] [21] nei quali a strumenti quali interviste e questionari di auto-valutazione sono stati affiancati strumenti maggiormente oggettivi. Nel primo di questi due ultimi casi, infatti, a dei questionari di auto-valutazione creati *ad hoc* è stato associato un OSCE per la valutazione dell'acquisizione/mantenimento di skills sull'esecuzione di esami fisici della spalla e del ginocchio. Nel secondo caso, invece, a un'intervista semi-strutturata individuale rivolta ai partecipanti è stata associata un'altra modalità di valutazione "oggettiva", ossia l'osservazione (pre-post) della variazione del numero di donne sottoposte a valutazione genetica e/o a testing da parte dei partecipanti a un corso ECM, riguardante un programma di formazione su test genetici per le donne con particolari tipi di cancro.

Anche in altri studi il cambiamento del comportamento nella pratica in seguito a percorsi ECM è stato valutato con metodi "oggettivi", ossia con l'analisi delle cartelle cliniche pre-post attività [17] [23] [26]. In

un caso specifico [15], inoltre, l'osservazione ha riguardato, non le cartelle cliniche, ma, come nel sopraccitato studio di Battistone et al. [9], l'osservazione della variazione di alcuni parametri, in questo caso di alcune segnalazioni effettuate dai partecipanti riguardanti l'attività formativa in questione, ossia un programma per il miglioramento della comprensione delle considerazioni sulla sicurezza stradale per i professionisti della salute. Le segnalazioni rilevate e valutate erano quelle effettuate dai medici, partecipanti all'ECM, sui guidatori anziani per il rinnovo della patente automobilistica (segnalazioni su problemi medici che possono influire sull'idoneità del conducente).

Pochi, dunque, sono gli studi in cui la valutazione dell'efficacia dell'ECM sul comportamento nella pratica deriva da una valutazione "sul campo", in contrasto con quanto auspicato dalla sopraccitata revisione sistematica e anche con quanto riportato dal saggio [28]. Nel paper in questione, infatti, nel quale a ogni livello della piramide di Miller vengono correlati le modalità/strumenti migliori di valutazione, al livello "fare in autonomia" (performance) vengono associati "strumenti" quali l'osservazione, gli audit, i ratings, la valutazione sul posto di lavoro. Per quello che riguarda il tempo che viene lasciato intercorrere tra la fine della formazione e la valutazione delle ricadute,

negli studi sono stati indicati dei periodi che vanno da un mese a un anno [11] [12] [13] [16] [18] [19] [20] [21] [23] [25]. In alcuni casi, è stato effettuato un doppio follow-up [10] [14] [24] [26] mentre in altri non è stato chiaramente specificato [8] [9] [15] [17] [22]. Nella revisione sistematica di cui sopra [27], invece, il periodo di follow-up indicato va da un minimo di sei mesi a un massimo di due anni.

4. CONCLUSIONI

Dalla scoping review effettuata possiamo concludere che la maggior parte degli strumenti utilizzati per la valutazione dell'efficacia di un corso ECM, a partire dal cambiamento del comportamento nella pratica, siano dei questionari di autovalutazione creati appositamente per il singolo evento, dei quali spesso non ne viene effettuata la validazione. Un processo di validazione rende sicuramente uno strumento, oltre che valido, maggiormente affidabile, ma il problema è che questa attività è poco efficiente, soprattutto nel caso in cui il questionario venga costruito per la valutazione di un corso ECM con una sola edizione, con obiettivi formativi specifici, per contesto e per professione.

Sono pochi, inoltre, i casi in cui, oltre ai partecipanti, siano stati coinvolti altri "attori" nel processo di valutazione, come per esempio i dirigenti/coordinatori sanitari dei

centri in cui i partecipanti prestavano il proprio servizio o i pazienti. L'utilizzo di più strumenti di indagine, quantitativi e qualitativi, non solo con i partecipanti dell'attività formativa ma anche con gli altri "attori" coinvolti, datori di lavoro, supervisori, ma anche pazienti/utenti, sarebbe un'ottima strategia per ottenere diversi punti di vista e rendere così la valutazione maggiormente affidabile.

Anche l'utilizzo di metodi "oggettivi" di valutazione delle ricadute dell'ECM, come per esempio l'analisi della documentazione sanitaria redatta dal partecipante, è emerso da pochi studi tra quelli analizzati. Un aspetto, quest'ultimo, su cui riflettere con attenzione, soprattutto in considerazione del fatto che sempre più, nei contesti sanitari, verranno richieste evidenze relativamente agli effetti delle attività di formazione continua.

RINGRAZIAMENTI

Questo articolo è frutto di un lavoro finanziato da un progetto di Polis Regione Lombardia "Valutazione della qualità della formazione ECM con i provider di Regione Lombardia", coordinato dalla Dr.ssa Mariangela Devercelli e dal Dr. Gregorio Terreno, che ha coinvolto il Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bi-

cocca, e i Dipartimenti di Scienze Biomediche per la Salute e di Scienze Sociali e Politiche, Università degli Studi di Milano. Il PI per l'Università di Milano Bicocca è stato il Prof. Paolo Ferri, ordinario di Didattica e pedagogia speciale. I PI per l'Università di Milano sono stati la Dr.ssa Alessandra Lazzara, ricercatrice di Organizzazione aziendale, e la Prof. Lucia Zannini, associato di Pedagogia generale e sociale. Ringraziamo tutti i membri del progetto, che hanno quindi reso possibile anche questa scoping review.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, (GU 16.7.1999, n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132), Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- [2] D'Innocenzo M. Piano per la formazione continua in sanità. Anni 2013-2015. Disponibile al: http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_evidenza/piano_formazione_continua_in_Sanita.pdf [consultato il giorno 25 febbraio 2020].
- [3] Presutti M, Ferro V. Apprendimento e impatto della formazione continua: studio qualitativo sulla percezione dei professionisti. *Evidence*, 2013, 5(7): e1000053.
- [4] Perla L. Si può valutare l'agire educativo? Tra controllo e riprogettazione. In: S Olivieri Stiozzi, V Via-viana (a cura di). *La valutazione per pensare il lavoro pedagogico*, Milano, FrancoAngeli, 2016: 40-66.
- [5] Dalponte A e Di Virgilio D. Il sistema italiano dell'Educazione Continua in Medicina (ECM). In: L Zannini (a cura di). *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*, Lecce, Pensa Multimedia, 2015: 295-318 (cit. diretta nel testo: 312).
- [6] Zannini L. *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*. Lecce: Pensa Multimedia, 2015.
- [7] Kirkpatrick DL. Evaluating training programs: the four levels. *Human Resource Development Quarterly*, 1994, 6(3): 317-320.
- [8] Balalian AA, Simonyan H, Hekimian K, Crape B. Adapting continuing medical education for post-conflict areas: assessment in Nagorno Karabagh - a qualitative

- study. *Human Resources for Health*, 2014, 12: 39.
- [9] Battistone J, Barker AM, Grotzke MP, Lawrence P, Cannon, GW. "Mini-Residency" in Musculoskeletal Care: a National Continuing Professional Development Program for Primary Care Providers. *Journal of General Internal Medicine*, 2016, 31(11): 1301-1307.
- [10] Bellamy N, Goldstein LD, Tekanoff RA. Continuing medical education-driven skills acquisition and impact on improved patient outcomes in family practice setting. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2000, 20(1): 52-61.
- [11] Casebeer L, Kristofco R, Strasser S, Reilly M, Krishnamoorthy P, Rabin A, Zheng S, Karp S, Myers L. Standardizing evaluation of on-line continuing medical education: physician knowledge, attitudes, and reflection on practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2004, 24(2): 68-75.
- [12] Chapman HR, Chipchase SY, Bretherton R. The evaluation of a continuing professional development package for primary care dentists designed to reduce stress, build resilience and improve clinical decision-making. *British Dental Journal*, 2017, 223(4): 261-271.
- [13] Curran V, Lockyer J, Sargeant J, e Fleet L. Evaluation of learning outcomes in Web-based continuing medical education. *Academic Medicine*, 2006, 81(10 Supp): S30-34.
- [14] Curran V, Sargeant J, Hollett A. Evaluation of an interprofessional continuing professional development initiative in primary health care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007, 27(4): 241-252.
- [15] Dow J. Commentary: evaluation of driver fitness--the role of continuing medical education. *Traffic Injury Prevention*, 2009, 10(4): 309-311.
- [16] Gerstein HC, Reddy SS, Dawson KG, Yale JF, Shannon S, Norman G. A controlled evaluation of a national continuing medical education programme designed to improve family physicians' implementation of diabetes-specific clinical practice guidelines. *Diabetic Medicine*, 1999, 16(11): 964-969.

- [17] Goulet F, Hudon E, Gagnon R, Gauvin E, Lemire F, Arsenault I. Effects of continuing professional development on clinical performance: results of a study involving family practitioners in Quebec. *The College of Family Physicians of Canada*, 2013, 59(5): 518-525.
- [18] Lawton A, Manning P, Lawler F. Delivering information skills training at a health professionals continuing professional development conference: an evaluation. *Health Information & Libraries Journal*, 2017, 34(1): 95-101.
- [19] Leong L, Ninnis J, Slatkin N, Rhiner M, Schroeder L, Pritt B, Kagan J, Ball T, Morgan R. Evaluating the impact of pain management (PM) education on physician practice patterns--a continuing medical education (CME) outcomes study. *Journal of Cancer Education*, 2010, 5(2): 224-228.
- [20] Parochka J, Paprockas K. A continuing medical education lecture and workshop, physician behavior, and barriers to change. *Spring*, 2005, 21(2): 110-116.
- [21] Robinson T, Janssen A, Kirk J, DeFazio A, Goodwin A, Tucker K, Shaw T. New Approaches to Continuing Medical Education: a QStream (spaced education) Program for Research Translation in Ovarian Cancer. *Journal of Cancer Education*, 2017, 32(3): 476-482.
- [22] Saidi G, Weindling AM. An evaluation of a national scheme for continuing professional development (CPD) for career grade doctors: the Royal College of Paediatrics and Child Health's programme for paediatricians evaluated by focus group methodology. *Medical Education*, 2003, 37(4): 328-334.
- [23] Sapir T, Moreo K, Carter JD, Greene L, Patel B, Higgins PD. Continuing Medical Education Improves Gastroenterologists' Compliance with Inflammatory Bowel Disease Quality Measures. *Digestive Diseases and Sciences*, 2016, 61(7): 1862-1869.
- [24] Taanila A, Larivaara P, Korpio A, Kalliokoski R. Evaluation of a family-oriented continuing medical education course for general practitioners. *Medical Education*, 2002, 36(3): 248-257.

- [25] Trewet CB, Fjortoft N. Evaluation of the impact of a continuing professional development worksheet on sustained learning and implementing change after a continuing pharmacy education activity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2013, 9(2): 215-221.
- [26] Yoon HB, Shin JS, Boupvahn K, Kang YM. Evaluation of a continuing professional development training program for physicians and physician assistants in hospitals in Laos based on the Kirkpatrick model. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 2016, 13: 21.
- [27] Tian J, Atkinson NL, Portnoy B, Gold RS. A systematic review of evaluation in formal continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007, 27(1): 16-27.
- [28] Melnick DE. Physician performance and assessment and their effect on continuing medical education and continuing professional development. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2004, 24(Suppl 1): S38-49.
- [29] Kafadar D, Esen AD, Arıca S. Evaluation of Experiences and Perceptions of Family Physicians on Continuing Medical Education and the Effect on Daily Clinical Practice. *Konuralp Medical Journal*, 2019, 11(3): 337-343.
- [30] Beckman D, Wardian J, Sauerwein TJ, True MW. Evaluation of an inter-professional continuing professional development course on comprehensive diabetes care: A mixed-methods approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2019, 25(1): 148-154.
- [31] Lineker SC, Fleet LJ, Bell MJ, Swezie R, Curran V, Brock G, Badley EM. Getting a Grip on Arthritis Online: Responses of rural/remote primary care providers to a web-based continuing medical education programme. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 2019, 24(2): 52-60.
- [32] Walker R, Bennett C, Kumar A, Adamski M, Blumfield M, Mazza D, Truby H. Evaluating Online Continuing Professional Development Regarding Weight Management for Pregnancy Using the New World

Kirkpatrick Model. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2019, 39(3): 210-217.

La formazione sanitaria continua nella Regione Marche: uno studio osservazionale retrospettivo multicentrico

Narcisi Laura¹, Franceschini Giulia², Girotti Susi³, Capecci Elio⁴, Pelusi Gilda⁵

¹ *CPS Infermiere Area Vasta 3/Civitanova Marche*

² *CPS Infermiere Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona*

³ *Posizione Organizzativa Formazione Profili Sanitari e Sviluppo Professionale, Accoglienza e Inserimento neoassunto, AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona*

⁴ *Dirigente Professioni Sanitarie Area Vasta 5/Asur ZT 12-San Benedetto Del Tronto*

⁵ *Direttore ADP del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche UNIVPM*

SOMMARIO BREVE

Nel 2018 le strutture sanitarie della Marche hanno investito nella Formazione Sul Campo, che si sostanzia direttamente all'interno del contesto lavorativo. L'Area Vasta 5, che nel 2018 ha realizzato il 21,6% dei corsi programmati, ha pianificato principalmente attività di produzione di protocolli, a differenza dell'Azienda "Ospedali Riuniti" di Ancona, che ha programmato principalmente attività di Training Individualizzato.

RIASSUNTO ESTESO

Premessa. Le organizzazioni sanitarie, mediante la formazione del personale, hanno un ruolo importante nello sviluppo di competenze; queste pianificano e documentano annualmente le attività formative mediante il Piano di Formazione e il Report. Purtroppo, esiste una scarsa attenzione alla effettiva realizzazione degli eventi formativi e all'impiego di metodologie didattiche efficaci.

Obiettivi. Relativamente alla formazione per i Professionisti Sanitari, lo studio si prefigge di:

- Analizzare quanto programmato e realizzato per il 2018 dalla realtà territoriale marchigiana Area Vasta 5
- Confrontare la pianificazione di strategie innovative, nei termini della Formazione Sul Campo, per l'anno 2018, da parte dell'Area Vasta 5 e dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Ancona.

Materiali e metodi. È stato realizzato uno studio osservazionale descrittivo policentrico: sono state analizzate le attività formative accreditate nel primo semestre del 2018 dall'Area Vasta 5 e quelle pianificate come formazione sul campo nel 2018 da parte delle due realtà marchigiane, considerando le macroaree che maggiormente ne beneficerebbero. I dati sono stati ricavati dal Piano di Formazione, dalla piattaforma web ECM Marche e analizzati tramite statistica descrittiva.

Risultati.

- Relativamente alla realtà territoriale sono stati accreditati il 21,6% dei corsi programmati, soprattutto come Formazione Residenziale Interattiva.
-

-
- Relativamente al coinvolgimento nella pianificazione della formazione sul campo: la realtà territoriale ha mostrato un impegno superiore al 50% per la produzione di protocolli e la realtà aziendale per programmazione di Training.

Conclusioni: La realtà territoriale non ha realizzato la totalità dei corsi pianificati. Entrambe le strutture hanno dimostrato impegno verso la formazione sul campo, promuovendo il diretto coinvolgimento del discente nell'esperienza formativa.

Parole chiave. Formazione sanitaria, Piano Formativo Aziendale; Valutazione della formazione; Education.

INTRODUZIONE

I professionisti della salute detengono sempre maggiore autonomia e responsabilità nel contesto nelle organizzazioni sanitarie (Maioli, Mostarda 2008), caratterizzate dalla complessità e da un sapere in costante divenire (Quaglino 2005). L'approccio educativo ad oggi maggiormente valorizzato è quello incentrato sullo studente (Jones *et alii* 2018), sulla pratica riflessiva (Mann, Gordon, MacLeod 2009), nell'ottica della teoria andragogica di M. Knowles (1989) (Ventriglia 2016).

BACKGROUND/REVISIONE DELLA LETTERATURA

I sistemi sanitari, insieme alle scuole di medicina e alle istituzioni di governo, sono garanti di una formazione di qualità che si basa su formativi innovativi (Bevere 2013), quali:

- a. *Interprofessional Learning*: gli umani apprendono meglio e sviluppano la loro identità grazie all'interazione con gli altri (Dahlgren 2010).
- b. *Apprendimento d'Eccellenza*, basato sulla professionalità dei docenti (Bruscaglioni 2018) e sulla valorizzazione dell'esperienza sul campo (Richardson *et alii* 2014)
- c. *Continual Professional Development* (CPD) (Wallace, May 2016) e *Lifelong Learning* (Davis, Taylor, Reyes 2014): lo sviluppo professionale continuo contribuisce a mantenere e aumentare le competenze nel contesto sanitario, incidendo sulla qualità assistenziale (Maioli, Mostarda 2008)
- d. *Self-Directed Learning*: una strategia formativa che responsabilizza i discenti permette loro di gestire i contenuti di apprendimento (Chakkaravarthy *et alii* 2018)
- e. *On-line Learning*: il supporto educativo elettronico permette flessibilità, interattività e controllo dei costi (Sinclair, Kable, Levett-Jones 2015)

Sono diversi i contributi forniti a partire dalla fine degli anni '90 a sostegno della formazione in ambito sanitario:

❖ *a livello internazionale*: si annoverano:

- il sostegno dell'OMS, che ha contribuito all'implementazione di un approccio evidence-based in ambito formativo (Bevere 2013)
- la realizzazione di programmi di sviluppo professionale continuo (Feldacker *et alii* 2017)
- l'introduzione di centri di Evidence Based Practice in Australia (Joanna Briggs Institute), Israele, Stati Uniti, Canada, Inghilterra (NICE) e Italia (GIMBE e Centro studi EBN di Bologna)

❖ *a livello nazionale*:

In Italia il D.Lgs 229/99 definì l'importanza della formazione in ambito sanitario: "curare l'apprendimento lungo il corso della vita è un dovere degli operatori sanitari e un diritto del cittadino". Con questa riforma nasce il sistema di Educazione Continua in Medicina, l'insieme organizzato delle attività formative orientate a mantenere la qualità delle prestazioni (D.Lgs n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale")

Al D.Lgs 229/99 seguirono modifiche al sistema formazione grazie all'introduzione di altre leggi, tra le quali si annoverano:

- l'Accordo Stato-Regioni del 2007 (Accordo Stato-Regioni 2007 "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina"): introdusse il Dossier Formativo (Conte 2010), strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (Maioli, Mostarda 2008)
- l'Accordo Stato-Regioni 2017 (Accordo Stato Regioni 2017 "La formazione continua nel settore Salute"): apportò innovazioni relative all'accreditamento e all'offerta formativa, con potenziamento della formazione sul campo
- ❖ *a livello regionale*: Gli accordi Stato-Regioni del 2012 (Accordo Stato-Regioni 2012 "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina") e del 2017 (Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore Salute") sono recepiti dalle regioni attraverso le delibere di giunta (DGR n°520/2013 e DGR n.1501/2017, Regione Marche). Le organizzazioni sanitarie devono redigere il Piano di Formazione (Accordo Stato-Regioni 2007 "Riordino del sistema di Formazione continua in medi-

cina'), ossia il documento di pianificazione delle attività formative. Questo viene stilato sulla base dell'analisi del bisogno formativo ed è costituito dai seguenti elementi:

- utenti, ossia i professionisti operanti sul territorio di riferimento; alcune attività formative sono destinate ai dipendenti dell'organizzazione stessa (definiti come Progetti Formativi Aziendali-PFA), altre anche a utenti esterni (definiti come Eventi Formativi Residenziali-EFR)
- obiettivi formativi, nei termini di sviluppo di competenze e di promozione di cambiamenti nei comportamenti
- metodologie formative, funzionali ai processi di apprendimento e coerenti con gli obiettivi. Secondo l'Accordo stato-regioni del 2017 (Accordo Stato-Regioni 2017 *"La formazione continua nel settore Salute"*) si suddividono in:
 - I. formazione residenziale: formazione residenziale classica, partecipazione a convegni, congressi, simposi, conferenze e videoconferenze
 - II. formazione sul campo: training individualizzato e gruppi di miglioramento

- metodologie valutative dell'attività formativa in termini di gradimento dei discenti, trasmissione e apprendimento dei contenuti e impatto organizzativo

Il Piano Formativo Aziendale è predisposto ad accogliere proposte la cui esigenza potrebbe emergere nel corso dell'anno, non sempre prevedibili; è uno strumento adatto ad un sistema, come quello sanitario, complesso. Le organizzazioni sanitarie devono poi documentare l'attività formative implementata e gli outcomes ad essa correlati attraverso un Report annuale. Purtroppo esiste una scarsa attenzione alla valutazione delle attività formative realmente svolte e in particolare dell'aderenza delle metodologie didattiche utilizzate rispetto a quelle pianificate.

OBIETTIVO

L'obiettivo generale dello studio è analizzare la formazione continua di una realtà della Regione Marche, effettuando un confronto con una struttura di riferimento regionale, relativamente all'anno 2018.

Gli *obiettivi specifici* sono i seguenti

- ❖ Analizzare l'attività formativa programmata e realizzata per l'anno 2018 a livello della realtà territoriale marchigiana dell'Area Vasta 5, indagando le metodologie formative maggiormente implementate.

❖ Esaminare le strategie di Formazione Sul Campo (attività di Training Individualizzato, Audit e Produzione/Revisione di protocolli) pianificate per il 2018 da parte della Regione Marche; le strutture considerate sono il territorio dell'Area Vasta 5 e una realtà aziendale di secondo livello, l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Ancona

MATERIALI E METODI

Lo studio, iniziato a Gennaio e terminato a Settembre 2018, si può suddividere in tre fasi:

4.1 *Prima fase: revisione della letteratura*

È stata effettuata una revisione della letteratura inerente alla formazione in ambito sanitario e alle caratteristiche di un apprendimento d'eccellenza. È stata poi effettuata una disamina sulle caratteristiche del sistema formativo sanitario in termini internazionali, nazionali e regionali.

4.2 *Seconda fase: report sull'attività formativa dell'Area Vasta 5*

Sono stati elaborati i dati relativi all'attività formativa organizzata dall'Area Vasta 5, a livello Dipartimentale, in merito alla tipologia di formazione erogata (Formazione Residenziale, Residenziale Interattiva, Formazione Sul Campo e Formazione Blended).

Disegno di studio. È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo.

Setting. Tutti i dipartimenti dell'Area Vasta 5.

Campionamento. Sono state incluse tutte le attività formative relative alle Professioni Sanitarie accreditate svolte nel periodo compreso tra Gennaio e Luglio 2018: la componente destinata ai dipendenti dell'Area Vasta 5 e gli Eventi Formativi Residenziali (EFR), aperti anche a dipendenti extra-regione. È stata inoltre analizzata l'attività formativa del piano 2018 programmato per effettuare un confronto.

Strumenti. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è il registro relativo a tutte le specifiche attività formative svolte a livello dipartimentale. A partire da questi documenti è stato possibile risalire alle informazioni dettagliate sui vari corsi, tramite la piattaforma web ECM Marche; sono stati presi in considerazione i seguenti parametri:

- Attività formativa rivolta ai dipendenti dell'Area Vasta 5 e a utenti extra regione
- Dipartimento di appartenenza
- Destinatari, con specifico riferimento al coinvolgimento delle figure infermieristiche

È stato effettuato un confronto tra l'attività formativa che l'Area Vasta aveva programmato in termini di realizzazione e quella effettivamente messa in opera, a partire dal

registro riassuntivo dei corsi pianificati relativi al semestre considerato.

Analisi dei dati. I dati raccolti sono stati inseriti in un database appositamente predisposto. Attraverso un foglio di calcolo elettronico Excel è stato possibile analizzare i dati ed elaborarli con statistica descrittiva.

Articolazione del progetto.

- 1) Sono stati analizzati e posti a confronto i corsi, in termini di attività attese e programmate, distinguendoli secondo le due macrotipologie di Formazione, incluse nel piano, che vengono svolti in Area Vasta: Progetti Formativi Aziendali (PFA) eventi cioè rivolti ai dipendenti dell'Area Vasta 5 (PFA) ed Eventi Formativi Residenziali (EFR),
- 2) Si sono selezionati i corsi accreditati relativi alle Professioni Sanitarie con riferimento al coinvolgimento delle figure infermieristiche.
- 3) Sono state analizzate le metodologie formative implementate relative ai corsi attivati.
- 4) Sono state esaminate le prove finali dei corsi attivati ed è stata condotta una disamina sulla ripetizione degli argomenti a livello dipartimentale

4.3 Confronto tra il Report relativo alla Formazione semestrale 2018 dell'Area Vasta 5 e i dati relativi alla Formazione Sul Campo Pianificata per l'anno 2018 dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Ancona

A partire dall'attività di reportistica relativa alla formazione semestrale implementata nel contesto dell'Area Vasta 5 nell'anno 2018, è stato effettuato un confronto con l'attività di Formazione Sul Campo (Training individualizzato, Audit e Produzione/Revisione di Protocolli) pianificata per il 2018 nell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona.

Sono state identificate le Strutture Operative, a livello dell'Area Vasta 5 e dell'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona, in cui si rileva come prioritario investire sulle seguenti tipologie di Formazione sul Campo: Training individualizzato, Audit e Produzione/Revisione di Protocolli. Sono stati quindi valutati il numero di corsi *pianificati* per il 2018 in merito alle strategie di Formazione Sul Campo sopra nominate.

RISULTATI

4.1 Analisi del Piano formativo dell'Area Vasta 5

Il piano delle attività di formazione dell'Area Vasta 5 dell'anno in corso 2018 prevede un totale di 259 corsi, divisi per dipartimenti. Nel periodo compreso tra Gennaio e Luglio

2018, sul totale dei corsi previsti nel Piano di formazione, ne sono stati accreditati 56, ossia il 21,6%. Nessun dipartimento ha raggiunto una quota di corsi attivati pari alla metà di ciò che è pianificato. Nella **tabella 1** vengono illustrate frequenza assoluta e percentuale dei corsi attivati divisi per dipartimento.

DIPARTIMENTI	CORSI PIANIFICATI		CORSI ATTIVATI		
	N.	N.	% corsi attivati per ogni dipartimento sul totale dei corsi pianificati	% corsi attivati su quelli accreditati in riferimento al singolo dipartimento	% corsi attivati su quelli pianificati per ogni dipartimento
Chirurgia	17	1	0,38%	1,79%	5,88%
Medicina	38	4	1,54%	7,14%	10,53%
Materno-infantile	16	5	1,92%	8,93%	31,25%
Territorio	28	7	2,69%	12,50%	25%
Emergenza	39	9	3,46%	16,07%	23,08%
Amministrativo	1	0	0	0	0
Direzione	13	4	1,54%	7,14%	30,77%
Medicina convenzionata	12	5	1,92%	8,93%	41,67%
Prevenzione	23	5	1,92%	8,93%	21,74%
Governo clinico	7	0	0	0	0
Dipendenze patologiche	4	1	0,38%	1,79%	25%
Servizi	23	7	2,69%	12,50%	30,43%
Dipartimento di Salute Mentale	8	3	1,15%	5,36%	37,50%
Trasversale	31	5	1,92%	8,93%	16,13%
A LIVELLO DELL'INTERA AREA VASTA 5					
Totale corsi PIANIFICATI	N.	260	%	100%	
Totale corsi ATTUATI E ACCREDITATI	N.	56	%	21,51%	

Tabella 1. Frequenza assoluta e percentuale relative a corsi pianificati e attivati per singolo dipartimento

Le *strategie formative* contemplate nel piano sono le seguenti: Formazione Residenziale, Formazione Residenziale Interattiva, Gruppi di Miglioramento, Formazione Blended e Audit Clinico. Nella **Tabella 2** vengono illustrate le attività formative maggiormente implementate per singolo dipartimento, con relativo valore percentuale.

DIPARTIMENTO	STRATEGIE FORMATIVE MAGGIORMENTE IMPLEMENTATE	
	TIPOLOGIA	PERCENTUALE
Chirurgia	Formazione Residenziale Interattiva	100%
Medicina	Formazione Residenziale Interattiva	75%
Materno-infantile	Formazione Residenziale Interattiva	60%
Territorio	Formazione Residenziale Interattiva	57,1%
Emergenza	Formazione Residenziale Interattiva	88,8%
Amministrativo	Non sono stati attivati i corsi previsti	
Direzione	Formazione Residenziale Interattiva	75%
Medicina convenzionata	Formazione Residenziale	80%
Prevenzione	Formazione Residenziale Interattiva	80%
Governo clinico	Non sono stati attivati i corsi previsti	
Dipendenze patologiche	Gruppo di Miglioramento	100%
Servizi	Formazione Residenziale Interattiva	57,1%
DSM	Formazione Residenziale Interattiva	66,6%
Trasversale	Formazione Residenziale Interattiva	80%
A LIVELLO DELL'INTERA AREA VASTA 5		
TIPOLOGIA FORMATIVA	DIPARTIMENTI CHE IMPLEMENTANO LE SPECIFICHE TIPOLOGIE FORMATIVE (DIPARTIMENTI TOTALI=14)	
	N.	%
Formazione Residenziale Classica	1	7,14%
Formazione Residenziale Interattiva	10	71,42%
Training individualizzato	0	0%
Gruppi di miglioramento	1	7,14%
Audit Clinico	0	0%
Attività di ricerca	0	0%

Tabella 2. attività formative maggiormente implementate per singolo dipartimento.

In termini generali, sul totale dei corsi attuati accreditati:

- 1) Il 66,07 % è stato realizzato in qualità di *formazione residenziale interattiva*
- 2) Il 14,29% è stato realizzato in qualità di *formazione residenziale tradizionale*
- 3) Il 14,29% è stato realizzato nei termini di *gruppo di miglioramento*
- 4) Non si annoverano Audit Clinici
- 5) Il 5,35% è stato realizzato nei termini di *formazione blended*

In termini specifici, sui 56 corsi attuati accreditati:

- 1) 36 corsi (64,29%) sono rivolti ai dipendenti dell'Area Vasta 5 di cui 27 (75%), sono destinati agli infermieri. Relativamente a questi corsi, il 74,07% è realizzato come formazione residenziale interattiva, il 14,81% come gruppi di miglioramento e l'11,1% come forma-

zione Blended. Non risultano esserci attività realizzate in formazione residenziale né Audit clinici

- 2) 20 corsi (35,1%) sono accreditati come EFR, ossia aperti anche a dipendenti extraregione di cui 12 coinvolgono gli infermieri tra i destinatari. Limitatamente a questi ultimi, il 42% è realizzato con formazione residenziale, il 50% con la formazione residenziale interattiva e l'8% come gruppi di miglioramento. Le metodologie non presenti risultano essere la formazione Blended e l'Audit Clinico.

Relativamente agli argomenti trattati dai corsi implementati, si evince che l'argomento maggiormente ricorrente è quello della "Sicurezza" con un 42,86%. Segue il "Dolore" con un 28,57%.

La **tabella 3** mostra la situazione relativa agli argomenti ricorrenti nei corsi attivati.

ARGOMENTI	FREQUENZA ASSOLUTA		FREQUENZA PERCENTUALE	
Sicurezza	6		42,86%	
Dolore	4		28,57%	
Catetere Venoso Centrale	3		21,43%	
Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	2		14,29%	
A LIVELLO DELL'INTERA AREA VASTA 5				
Totale eventi formativi attuati e accreditati	N	56	%	100%
Eventi formativi inerenti a temi condivisi	N	15	%	26,87%

Tabella 3. Argomenti ricorrenti nei corsi attivati

Relativamente alle prove finali dei corsi, il test di valutazione maggiormente utilizzato, con percentuale pari a 41,07%, è il questionario. Seguono il project work/re-port (21,43%), la prova pratica (12,50%). Per quanto riguarda le prove miste, quella più utilizzata è “questionario+pratica”(14,29%). La tabella 4 mostra la situazione relativa alle prove finali implementate ai fini valutativi.

utilizzata è “questionario+pratica” (14,29%). La tabella 4 mostra la situazione relativa alle prove finali implementate ai fini valutativi. PROVA FINALE	FREQUENZA ASSOLUTA		FREQUENZA PERCENTUALE	
Pratica	7		12,50%	
Questionario	23		41,07%	
Project work/report	12		21,43%	
Orale	2		3,57%	
Scritto	2		3,57%	
Questionario + pratica	8		14,29%	
Scritto + orale	1		1,79%	
Pratica + orale	1		1,79%	
A LIVELLO DELL'INTERA AREA VASTA 5				
Totale Prove di valutazione	N	56	%	100%
Totale corsi attuati e accreditati	N	56	%	100%

Tabella 4. Prove finali di valutazione

4.2 Confronto tra il Report relativo alla formazione semestrale 2018 dell'Area Vasta 5 e dati relativi alla Formazione Sul Campo pianificata annuale 2018 dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Ancona
A partire dal totale delle Strutture Operative presenti nell'Azienda ospedaliera

Ospedali Riuniti di Ancona (78) e dei Dipartimenti dell'Area Vasta 5 (14), le Strutture organizzative sono state suddivise in due gruppi: quelle in cui queste specifiche tipologie di FSC si rilevano prioritarie e quelle in cui si ritiene siano secondarie al

soddisfacimento di altre priorità in termini formativi.

Relativamente all'AOU Ospedali Riuniti sono state considerate 69 Strutture Operative nelle quali il Training individualizzato è ritenuto fondamentale, 78 nelle quali l'Audit clinico e attività di produzione/revisione di protocolli sono ritenuti importanti. *Relativamente all'Area Vasta 5*, sono state considerati 4 Dipartimenti nei quali il Training individualizzato è ritenuto fondamentale, 6 nelle quali l'Audit clinico è considerato imprescindibile e 12 in cui le attività di produzione/revisione di protocolli sono ritenute importanti.

In seguito alla suddivisione delle strutture in base alla priorità che la FSC rivestirebbe in tema di formazione, si è svolta un'indagine tesa a identificare quante sono le strutture effettivamente coinvolte in questa specifica tipologia di programmazione formativa per l'anno 2018.

In termini di programmazione di FSC per il 2018 partire dalle realtà selezionate, l'Area Vasta 5 ha mostrato:

- ❖ Una mancata programmazione di attività di Training individualizzato
- ❖ Un coinvolgimento della metà delle realtà selezionate nella programmazione di Audit
- ❖ Un coinvolgimento effettivo del 75% delle strutture considerate nella produzione di protocolli.

In termini di programmazione di FSC per il 2018 partire dalle realtà selezionate, l'AOU di Ancona ha mostrato:

- ❖ un coinvolgimento delle strutture selezionate pari al 59,4 % per programmazione di Training
- ❖ Un coinvolgimento del 21,8 % delle realtà selezionate nella programmazione di Audit
- ❖ Un coinvolgimento del 37,17% delle strutture considerate nella produzione di protocolli

DISCUSSIONE

Considerando i corsi attivati dall'Area Vasta 5 nel semestre d'osservazione, si nota che l'AV5 è riuscita a mettere in pratica solo il 21,6% dei corsi pianificati. Questo dato può spingere a una riflessione in merito ad una pianificazione che eccede le reali potenzialità organizzative o a un'attuazione lacunosa. La risposta al quesito necessiterebbe di un'indagine ad hoc. I dipartimenti più attivi (aventi cioè una percentuale di corsi attivati maggiore del 30%) sono: la Medicina Convenzionata, il DSM, il Materno-Infantile, i Servizi, la Direzione. Il dipartimento della Chirurgia risulta, invece, essere il meno attivo in tal senso.

Nella maggior parte dei casi, le attività formative realizzate:

- ❖ prevedono il coinvolgimento degli infermieri tra i destinatari, a riflesso dell'importanza riconosciuta alla loro preparazione, in costante divenire. È verosimile che il personale infermieristico sia numericamente più corposo rispetto ad altri.
- ❖ risultano rivolte ai dipendenti dell'AV stessa, come a voler investire sulla formazione delle proprie risorse umane.

Relativamente alle metodologie formative implementate, la formazione residenziale interattiva risulta essere la strategia maggiormente utilizzata. L'AV5 esclude metodologie complesse come audit, attività di ricerca e gruppi di miglioramento. Queste ultime strategie formative permetterebbero una crescita in termini di competenze e avrebbero riflesso anche in termini organizzativi e gestionali: l'audit condurrebbe a un miglioramento della pratica assistenziale; i gruppi di miglioramento all'elaborazione di protocolli; l'attività di ricerca alla sensibilizzazione in tema evidence-based.

Relativamente all'analisi degli argomenti affrontati a livello dipartimentale, emerge che una eccessiva ridondanza di corsi simili, evidenziabile come criticità: se la pianificazione formativa avvenisse in maniera strategica, evitando ripetizioni, il numero di corsi da svolgere potrebbe ridursi, aumentando così le probabilità di riuscire a realizzare quanto pianificato.

In seno alla valutazione delle tipologie di prove finali implementate, il questionario risulta essere la prova maggiormente utilizzata (è infatti uno strumento che trova ampio spazio nella formazione residenziale interattiva).

A livello del coinvolgimento delle due realtà verso la pianificazione della formazione sul campo per l'anno 2018, relativamente alle strutture organizzative nelle quali tali metodologie vengono considerate come fondamentali:

- ❖ la realtà territoriale ha mostrato un impegno superiore al 50% solo per la produzione di protocolli;
- ❖ la realtà aziendale ha mostrato un impegno superiore al 50% solo per programmazione di Training.

Anche se le realtà considerate non riescono a garantire una programmazione totalmente incentrata sul discente, si evince un impegno in tal senso: in entrambi i contesti emerge un coinvolgimento superiore al 50% in almeno 1 su 3 ambiti analizzati.

LIMITI DELLO STUDIO

Lo studio che condotto sul piano formativo dell'Area Vasta 5 mostra dei limiti temporali, poiché condotto semestralmente (Gennaio – Luglio 2018). Per la valutazione della reale ottemperanza a quanto pianificato sarebbe bene disporre di dati raccolti

su un periodo di un anno. Le differenze evidenziate tra le due realtà in merito alla pianificazione di corsi per l'anno 2018, relative alle specifiche metodologie di formazione sul campo dimostra e al tempo stesso risente della differente complessità clinica, organizzativa e strutturale.

CONCLUSIONI

Investire nella formazione significa per le organizzazioni sanitarie offrire al personale occasione per lo sviluppo di competenze, che ben si correlano al concetto di qualità. L'analisi condotta ha evidenziato una limitata capacità dell'AV 5 di attuare la totalità dei corsi pianificati. Le attuali teorie sull'apprendimento suggeriscono che le metodologie formative basate su un diretto coinvolgimento del discente siano le più efficaci. Ciò non viene totalmente rispettato nella pianificazione e realizzazione dei corsi relativi all'AV5, nonostante si intraveda, in senso prospettico un impegno in tal senso.

Le ricerche future potrebbero essere orientate a un'analisi più a lungo termine della realtà territoriale marchigiana e alla valutazione dell'impatto della formazione sul discente, sull'operato dei professionisti, sulla qualità delle cure e sulla soddisfazione dell'assistito.

BIBLIOGRAFIA

- Accordo Stato-Regioni *"Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i manuali di accreditamento dei Provider, albo nazionale dei Provider, crediti formativi triennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti"* del 19 aprile 2012
- Accordo Stato Regioni 2017 *"La formazione continua nel settore Salute"* del 02 febbraio 2017"
- Accordo Stato-Regioni *"Riordino del sistema di Formazione continua in medicina"* del 1 agosto 2007
- Bevere F (2013). *La formazione per il governo clinico*. Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale: 6-46
- Bruscaglioni M (2018). *Professione formazione, semplicità (1988) e complessità (2018) – Parte 2*. Aiflearningnews; 12 (5)
- Chakkaravarthy K, Ibrahim N, Mahmud M, Venkatasalu M. R. (2018). *Predictors for nurses and midwives' readiness towards self-directed learning: An integrated review*. Nurse Education Today; 69:60-66
- Conte L (2010). *Dossier formativo... questo sconosciuto!* GIMBE; 3(2): 13-14
- Dahlgren L.O. (2010). *Interprofessional learning as a means of enhancing professional competence*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 104: 5-9.
- Davis L, Taylor H, Reyes H (2014). *Lifelong learning in nursing: a Delphi study*. Nurse Education Today; 34(3):441-5
- Decreto Legislativo (D.Lgs) del 19 giugno 1999, n. 229 *"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale,*

- a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*
- Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n°520 del 08/04/2013 della Regione Marche *"Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche"*. Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 2012
- Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n.1501 del 18/12/2017, *modifica* della DGR n. 520 del 8/04/2013 *"Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche"*. Recepimento Accordo Stato Regioni 2017
- Feldacker C, Pintye J, Jacob S, Chung M. H. Middleton L, Iliffe J, Kim H. N. (2017). *Continuing professional development for medical, nursing, and midwifery cadres in Malawi, Tanzania and South Africa: a qualitative evaluation*. Public Library of Science; 12(10): 1-15
- Jones S , Gopalakrishnan S, Ameh CA, Farragher B, Sam B, Labicane RR, Kanu H, Dabo F, Mansary M, Kanu R and van den Broek N (2018). *Student evaluation of the impact of changes in teaching style on their learning: a mixed method longitudinal study*. BMC Nursing 17:24
- Maioli S, Mostarda M.P (2008). *La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill; 1-30.
- Mann K, Gordon J, MacLeod A (2009). *Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review*. Advances in Health Sciences Education, 14: 595
- Sinclair P, Kable A, Levett-Jones T (2015). *The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol* Joanna Briggs Institute; 13(1):52 – 64
- Richardson H, Goldsamt L.A, Simmons J, Gilmartin M, Jeffries P.R. (2014) *Increasing faculty capacity: findings from an evaluation of simulation clinical teaching*. National League for Nursing; 35 (5): 308-14.
- Quaglino G.P (2005). *Fare formazione*. Settima edizione. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1-20.
- Ventriglia G (2016). *Formazione specifica e continua in medicina generale: le scelte della SIMG*. Tutor;16(1): 40-47
- Wallace S, May S.A. (2016). *Assessing and enhancing quality through outcomes-based continuing professional development (CPD): a review of current practice*. Veterinary Record; 179: 515-52

L'esperienza vissuta dagli studenti durante lo stage *Laboratorio per le Aggregazioni e le Relazioni nei gruppi-LARA* Università: un'analisi qualitativa sul percepito a distanza

Lorenza Garrino ¹, Martina Geatti ², Fabienne Guiducci ³, Paolo Angelini ³, Antonella Lotti ⁴, Silvia Armandola ³, Paolo Camozzi ³, Giovanni Schiesaro ³, Valerio Dimonte ¹

¹Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Università degli Studi di Torino

²Centrale Operativa 118 Regionale, Palmanova (Udine)

³Fondazione ADOLESCERE Voghera

⁴Dipartimento di Scienze della formazione dell'Università di Genova

ABSTRACT

Sfide e benefici continuano ad emergere nella ricerca relativa allo sviluppo delle aggregazioni e relazioni tra i gruppi nel processo di apprendimento. La ricerca riguardante le esperienze degli studenti infermieri sottolinea come la partecipazione al lavoro di gruppo ed il lavoro di squadra condotte durante il LARA riescano a dare risalto alle qualità degli individui inserendole in un lavoro collettivo del quale loro stessi sono parte, incentivando la cooperazione.

Parole chiave: formazione infermieristica, relazioni nei gruppi, formazione outdoor

ABSTRACT ESTESO

Introduction. Challenges and benefits continue to emerge in research related to the development of aggregations and relationships between groups in learning processes. The group identity is formed by exchanges and relationships developed between individual identities. This group identity does not represent the mere sum of various people who compose it, but it is the result of the interaction of the parts that everybody brings into play. The aim of the research is to analyze the experience of students enrolled in to the Degree Course in Nursing at the University of Turin, during the Workshop for Aggregations and Relations in Groups-LARA- carried out at Penicina (Pavia, Italy), to understand the personal implications and document the educational effects, emerging from the participants' perceptions.

Materials and methods. The study design is qualitative with a phenomenological approach according to Giorgi. The LARA training experience took place at "La Penicina", the mountain residence of

ADOLESCERE Foundation in Voghera, Pavia, Italy. The data was collected via e-mail through a narrative interview draft, exploring the perception six months after the training experience.

Results. Ten students responded to the interview via email, three males and seven females out of 20 students participating in two cohorts. From the analysis of the interviews the following essential subjects and categories emerged: Awareness of group dynamics, To learn through the games, To describe through the metaphors, Reflective and life-giving training experience. From the results it emerges that the students experienced the LARA laboratories as a relevant and unique experience in terms of training and personal growth.

Conclusions. The LARA laboratories, developed in a protected environment and in a facilitating naturalistic environment, helped the students to develop collaborative and reflection skills in their own ways of living in groups. The results underline the importance of the development of training programs in the preparation and reflection on the dynamics and aggregations in groups that can be used in work contexts.

Keyword: nursing education, group relations, outdoor training

INTRODUZIONE

I processi formativi riguardanti il lavoro di gruppo e la cooperazione hanno lo scopo di far comprendere come il lavoro di squadra renda il singolo più forte, in quanto riesce a dare risalto alle qualità degli individui inserendole in un lavoro collettivo del quale loro stessi sono parte (Drumm et alii, 2006). Se ci chiedessero di dare una definizione di gruppo difficilmente saremmo in grado di produrre una definizione esaustiva ed univoca. D'altra parte, la parola si situa all'intersezione di molte discipline e ha confini sfumati. Per parlare di gruppo non è sufficiente la compresenza di più persone, poiché tra di esse deve intercorrere un legame forte, che oltrepassa la semplice compresenza di più persone in un medesimo luogo, in quanto entrano in gioco delle finalità comuni più o meno dichiarate ed esplicite (Lu et al., 2017). Tra i primi ricercatori a studiare le

dinamiche dei gruppi e lo sviluppo delle organizzazioni, considerato da molti il padre stesso della psicologia sociale, è Kurt Lewin. Di famiglia ebrea, è costretto durante le persecuzioni razziali del primo Novecento, a trasferirsi negli USA, dove alcuni anni più tardi fonda e dirige il Centro di Ricerca per la dinamica di gruppo al Massachusetts Institute of Technology (MIT) da cui nascerà anche una delle riviste simbolo della psicologia sociale: "Human Relations". Lewin vede il gruppo come un solo fenomeno, una unità unica, una totalità. Il gruppo è una struttura in continuo divenire, complessa, in quanto entrano in gioco relazioni, ruoli, canali di comunicazione, esercizi di potere. Non è quindi una realtà statica, immobile, ma una realtà dinamica, in continuo divenire, che racchiude in sé conflitti, forze e tensioni che producono mutamenti (Lewin et al., 1948, 1972). Nel gruppo l'azione di ogni persona

modifica sia le altre persone che il gruppo stesso, ed anche la sua di azione (del gruppo), viene modificata sia dalle azioni che dalle relazioni degli altri, in un legame di interdipendenza. Nonostante questa dinamicità, il gruppo tenderà sempre all'equilibrio attraverso l'assestamento tra forze che tendono all'unione e forze che tendono alla disgregazione. Con questa premessa possiamo passare alla definizione per Lewin di gruppo sociale. Un gruppo sociale è formato da persone che regolarmente interagiscono. Il fatto che le interazioni siano costanti fa in modo che i partecipanti si sentano uniti ed abbiano una identità sociale. I vari membri del gruppo collaborano attivamente per definire gli obiettivi comuni, nello svolgimento e nell'impostazione della ricerca e del tema di discussione. Ponendo il gruppo all'interno di un progetto formativo, Lewin identifica l'importanza del contesto educativo medesimo, caratterizzato dalle sue dinamiche sociali ed ambientali, dove può essere studiato in maniera attenta, come una variabile del campo di ricerca. Dinamiche di gruppo e forze sociali vengono quindi esaminate per fare in modo che non siano di impedimento, ma di aiuto alla ricerca (Spaltro 1985-2005; Montanari, Montanari 2008). Le persone portano con sé delle caratteristiche fisiche, psicologiche, attitudinali, caratteriali, relazionali, emotive

e affettive che sono determinate dalle diverse esperienze della storia presente e passata. L'identità di gruppo si presta a molteplici interpretazioni e rappresenta un'identità complessa da definire. Per la sua struttura complessa e multiforme, il gruppo e le dinamiche che intervengono all'interno di esso sono spesso oggetto di studio della psicologia sociale. Ogni persona è una unità complessa, che ha la capacità di modificare non solo sé stessa, ma anche l'ambiente che la circonda. Dallo scambio e dalle relazioni che si sviluppano tra le varie identità individuali si va formando nel tempo quella che viene definita identità di gruppo, nella quale i vari componenti si riconoscono e che non rappresenta la semplice somma delle varie persone che lo compongono, ma è il risultato dell'interazione delle parti che ognuno mette in gioco per realizzare le finalità dell'incontro, oppure per ostacolarle (Quaglino et al., 1990; 1992). La realtà dei gruppi emerge dalle percezioni che le singole persone hanno di se stesse in qualità di membri della stessa unità sociale. I prodotti di queste percezioni rappresentano i valori del gruppo e le sue norme, inteso come schema di riferimento che aiuta l'individuo a strutturare situazioni nuove e diverse e le cui caratteristiche principali sono un consenso collettivo e la loro diversità. Gli elementi che strutturano e

definiscono un gruppo, di conseguenza, sono l'organizzazione di ruoli e status, la divisione funzionale, la stratificazione delle posizioni ricoperte e del potere correlato, un complesso di norme e valori regolanti i comportamenti individuali (Lois et al., 2016).

A partire dalla riflessione teorica di Lewin, e dall'esperienza del T – Group, si sviluppa nel contesto italiano negli anni Novanta il progetto LARA (Laboratorio per le Aggregazioni e le Relazioni con gli Adolescenti) che attualmente vanta una storia quasi trentennale e di cui molte pubblicazioni ne hanno documentato presupposti politici e teorici, obiettivi e metodologie (Frabboni, Montanari, 2002, 2008, 2010). Il progetto L.A.R.A. pone l'accento proprio sulla dinamica relazionale del gruppo, considerata come una risorsa preziosa per favorire lo sviluppo equilibrato dei partecipanti, per stimolare l'apprendimento di nuove strutture e facilitarne i cambiamenti. Favorendo la soddisfazione dei bisogni di accettazione, di relazione, di espressione personale, riconoscendo e valorizzando la soggettività, stimolando l'energia dei ragazzi e promuovendo la comunicazione di gruppo, appare possibile intervenire in modo efficace su modalità comportamentali di tipo aggressivo, oppure improntate a forme di isolamento o di passività e su stati

magari di inibizione o di frustrazione, e prevenire, perciò, successive forme di disadattamento (Lois et al., 2016).

Il L.A.R.A. Università si caratterizza come un laboratorio sulle relazioni di gruppo, in cui vengono proposti agli studenti contesti comunicativi che, per mezzo di differenti linguaggi e diversi strumenti, permettono di sperimentare una dimensione sociale di gruppo che, se adeguatamente consapevolizzata, diviene qualcosa di più della semplice somma dei ragazzi che compongono il gruppo e delle loro singole potenzialità. (Box 1).

BOX 1. L'esperienza formativa nei LARA

Il **LARA** è un progetto scuola - territorio. Si colloca cioè in una cultura di Sistema Formativo Integrato (SFI), dove a farsi carico della formazione delle nuove leve si mobilitano le agenzie intenzionalmente educative (scuola, enti locali, famiglie associazionismo) attraverso una strategia progettuale e di raccordo. Lo stage della durata generalmente di tre giorni prevede il seguente programma che possiamo dividere in 4 punti. **L'accoglienza** rappresenta la presentazione della struttura, dei conduttori, della classe delle regole; il significato del cerchio. Vengono illustrate le "tracce" che ogni classe può lasciare: un cartellone, un libro dei "graffiti" e un

rilevatore del clima che si respira clima. Sono tutte impronte utili per esprimere emozioni e stati d'animo durante lo stage.

Lo sfondo: in questa fase si mette a fuoco il significato del gruppo e la differenza con classe ed amici; quando i sottogruppi sono fisiologici e quando nocivi alla relazione; si parla delle regole e dei riti all'interno della classe, si mettono in evidenza i punti di forza ed i punti di debolezza di ciascuno.

La figura: rappresenta il momento centrale dello stage: si affronta il tema della comunicazione, comunicazione con gli altri compagni, con se stessi e con il tempo. Conflitto e negoziazione sono i temi che vengono affrontati in maniera approfondita.

La conclusione: in quest'ultima fase si parla di come si avvia un processo di gruppo, cosa si può fare concretamente; il patto formativo costituisce un momento molto sentito da parte della classe che esplicita la volontà di conoscersi meglio, di scambiarsi parte di sé. I conduttori e l'insegnante presente rimandano le ultime considerazioni ed evidenziano il punto in cui la classe ha voluto o potuto arrivare. Ogni giornata è intervallata da momenti di pausa previsti per il pranzo, la cena e soprattutto per fare in modo che i ragazzi si ritrovino tra di loro senza la tensione del cerchio. Infatti, durante la

prima serata si lavora insieme, la seconda è interamente libera.

Lo stage LARA è un percorso verso la consapevolezza, verso il protagonismo di ciascuno che può crescere aumentando il controllo sulla comunicazione, verso la voglia e la curiosità di instaurare relazioni di gruppo che diventino significative. Così come la nostra aggressività esterna spesso è frutto di una insicurezza interna, allo stesso modo la nostra percezione dell'altro come risorsa è possibile quando stiamo bene con noi stessi. Ma per riuscire a stare bene con noi stessi dobbiamo essere in grado di valorizzare le immagini positive che gli altri ci rinviano. Se ciascuno comincia a fare vedere all'altro i propri aspetti positivi riceverà dei feedback positivi e a quel punto non avrà paura di fare vedere all'altro anche i propri aspetti più critici o i propri punti di debolezza. Inoltre, questi rinvii positivi rafforzano l'autostima. In questo modo sarà più facile riconoscere nell'altro pregio e difetti e cominciare a lavorare con i punti di forza dell'altro. La consapevolezza significa proprio questo: decidere di lavorare con la parte positiva dell'altro. Questo modo di relazionarsi con l'altro è la fonte del benessere. Citando Spaltro noi ritroviamo le quattro gambe del "Tavolo della promozione" (del benessere): motivazione, creatività, clima

e gruppo. La comunicazione pertanto è il veicolo del cambiamento e le direzioni del benessere sono l'autoriflessività, l'autostima e l'eterostima.

Sito LARA Università – Fondazione Adolescere

<https://www.fondazioneadolescere.it/l-a-r-a/>

I giochi, le simulazioni, gli esercizi psicomotori mente – corpo, i momenti di riunione e di riflessione, grazie ad attività informali, non strutturate, permettono ai ragazzi di scambiare con i compagni in modo diverso rispetto a quello che avviene di solito in aula, di esprimersi in modo nuovo. Rappresenta una esperienza di immersione in dinamiche dove l'apprendimento avviene attraverso l'immedesimarsi nella situazione – relazione che si viene a creare tra gli attori.

Negli ultimi anni numerose università italiane hanno aderito alla proposta di Adolescere riguardante i laboratori L.A.R.A. Il Corso di laurea in Infermieristica di Torino ha deciso di offrire agli studenti, tra le attività a libera scelta, l'opportunità di sviluppare competenze per affrontare le dinamiche che si possono instaurare all'interno di un gruppo di lavoro, al fine di prepararli a riconoscere e gestire le diverse relazioni che si instaurano tra i membri di una équipe nella futura realtà lavorativa.

Negli anni accademici 2015/16 e 2017/18 un gruppo di studenti ha frequentato lo stage del progetto L.A.R.A. Università - Laboratorio per le Aggregazioni e le Relazioni nei gruppi-, promosso ed organizzato dalla fondazione Adolescere. Il progetto L.A.R.A. Università, in un ambiente protetto di tipo residenziale e con educatori formati, consente agli studenti di sperimentare attraverso esperienze reali la vita di gruppo abilità quali la cooperazione, la relazione, il lavoro di squadra, la comprensione dei vari legami che si instaurano e di come questi possono modificarsi durante un percorso determinato. Questa esperienza

contribuisce ad arricchire il patrimonio di conoscenze grazie allo scambio tra pari e al confronto con studenti provenienti da diversi percorsi formativi, oltre che da diverse università del territorio italiano.

È sorta l'esigenza, da parte del corpo docente universitario del Corso di Laurea in Infermieristica della Università di Torino e della Fondazione ADOLESCERE, di comprendere questa esperienza formativa così come è stata vissuta dagli studenti infermieri del Corso di Laurea dell'Università di Torino. La ricerca, condotta con gli studenti in forma partecipata, ha anche la finalità di sostenere la realizzazione del seminario e coinvolgere sempre più studenti in questi stage.

OBIETTIVO

Analizzare l'esperienza vissuta dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica durante lo stage LARA svolto alla Penicina di Romagnese, per comprendere le implicazioni personali e documentare gli effetti formativi, a partire dal percepito di coloro che vi hanno partecipato.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Il disegno di studio è qualitativo con un approccio fenomenologico. È stato scelto il metodo fenomenologico poiché è quello che consente di esplorare più approfonditamente i vissuti e le esperienze così come vengono percepite dai partecipanti per acquisire il significato del fenomeno in studio e condividere con il lettore la ricchezza delle esperienze vissute. L'approccio fenomenologico è un'indagine rigorosa e sistematica dei fenomeni il cui approccio è focalizzato sull'analisi descrittiva, retrospettiva e in profondità dell'esperienza vissuta cosciente, cioè di quell'esperienza che per l'individuo è reale e vera (Giorgi 2005; Polit, Beck 2013; Garrino et alii 2012).

CONTESTO

L'esperienza formativa si è realizzata presso "La Penicina", un complesso

ricettivo in un'area boschiva all'interno di un grande parco a 1100 metri di altezza, sul Monte Penice, nel comune di Romagnese, in provincia di Pavia, nel punto di incrocio tra quattro regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte. La "Penicina" è dunque un luogo di confine e come tale possiede il fascino delle "terre di mezzo", collocate a cavallo di regioni e province diverse, fattore questo che condiziona lingua e cultura con feconde contaminazioni. Presso la Penicina, centro di alta formazione utilizzato dalla Fondazione Adolescere per incontri formativi per adulti e per occasioni educative rivolte ai giovani, si realizzano da tempo alcuni stages di formazione dedicati alle dinamiche di gruppo (Schiesaro 2008). La Fondazione Adolescere ha scelto di aprire il proprio patrimonio progettuale ad un confronto sistematico con il mondo accademico, dando vita ad un gruppo di ricerca, coordinato da Alessio Surian e Antonella Lotti, al quale attualmente aderiscono quindici università. Un dialogo appassionato e di lungo corso tra settori disciplinari diversi, fortemente orientato alla dimensione locale ed animato dal comune interesse per l'innovazione in contesti, ambienti e processi di apprendimento. Il cambiamento non si limita agli aspetti educativi o didattici, ma ai modi di stare in relazione con l'altro, di vivere insieme nella

diversità, di immaginare benessere e fare comunità. (Lotti & Angelini, 2019). Il progetto LARA Università si colloca in questa dimensione ed è rivolto a giovani universitari (laureati e laureandi). È caratterizzato da un'originale metodologia di intervento descritta nella parte introduttiva dell'articolo ed è frutto di una lunga ricerca scientifica di ventennale esperienza e di importanti collaborazioni. Una ulteriore area di intervento prevede di continuare l'esperienza dell'accoglienza di gruppi di giovani che desiderano organizzare iniziative laboratoriali culturali, ampliando l'offerta anche alle famiglie che desiderano conoscere il territorio. Attualmente la Penicina è sede di svolgimento di corsi, per insegnanti ed educatori, ideati e proposti in collaborazione con un network di atenei italiani. È un centro dedicato allo studio ed alla ricerca interdisciplinare, ma anche un ambiente dedicato alla organizzazione di eventi e laboratori. Non un unico luogo, ma più luoghi.

(<https://fondazioneadolescere.it/oltrepo-pavese/penicina/>).

Il personale presente nel residence è formato da educatori professionali, conduttori ed esperti di dinamiche di gruppo e personale ausiliario qualificato.

Partecipanti

Nel progetto di ricerca sono stati coinvolti gli studenti del secondo e terzo anno del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Torino che hanno aderito alla proposta riguardante lo stage Lara Università, in due coorti negli anni accademici 2016-17 e 2017-18. L'attività formativa è stata proposta negli anni accademici indicati anche agli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e Ostetriche di Torino.

Modalità di raccolta dei dati

La ricerca è stata condotta attraverso la somministrazione di una traccia di intervista narrativa (Atkinson 1998) elaborata sulla base della letteratura di riferimento, unitamente ad un questionario strutturato per la parte anagrafica. La raccolta dati è stata effettuata esplorando il percepito degli studenti sei mesi dopo la partecipazione all'esperienza formativa. (BOX 2)

BOX 2. La traccia dell'intervista.

- Cosa ti ha spinto a partecipare all'esperienza formativa LARA Università?
- Descrivi l'esperienza di formazione che hai vissuto alla Penicina.

- Quale è stata l'esperienza più formativa tra quelle proposte durante il corso?
- Quale è stato il momento che maggiormente ti ha colpito?
- Se dovessi esprimere attraverso un'immagine o una metafora l'esperienza vissuta quale useresti?
- Il corso e l'esperienza vissuta come hanno modificato il tuo modo di vivere le relazioni e aggregazioni nei gruppi?
- L'approccio verso attività di formazione future è cambiato, e se sì, in che termini?
- Quali sono gli aspetti positivi e/o negativi dell'esperienza e quali sono le tue eventuali proposte di miglioramento?
- Consigliaresti l'esperienza ad altri studenti? Potresti motivare la tua risposta?

Si è scelto di raccogliere i dati relativi all'esperienza via e-mail poiché tratta di una scelta supportata da precedenti esperienze descritte in letteratura ed approfondimenti che ne mettono in luce la validità ed i numerosi risvolti positivi dato il vasto utilizzo di internet da parte della popolazione giovanile. (Liehr et alii 2004, Hamilton & Bowers 2006).

ANALISI DEI DATI

Per l'analisi dei dati si è scelto di seguire l'approccio fenomenologico secondo Giorgi (2008). L'espressione "torniamo alle cose" esprime concettualmente il compito della fenomenologia. Le cose in sé non sono intese superficialmente solo come oggetti empirici, ma come gli oggetti di ogni tipo di esperienza anche quella interna. Sono allora oggetti fenomenologici anche i valori: il bene, il bello; le istituzioni, la famiglia, lo stato; la logica, una negazione o una affermazione. Questi oggetti non vanno analizzati per quello che sono, ma per le intenzioni significanti da cui deriva il loro senso, cioè in relazione ai vissuti della coscienza in cui le stesse si manifestano. Lo scopo della fenomenologia è mettere in luce proprio questa correlazione fra il modo in cui si danno gli oggetti e le intenzioni. (Garrino et alii 2012).

L'approccio metodologico fenomenologico prevede: lettura e riletture delle trascrizioni delle interviste e relazione scritta di un partecipante, riascolto delle registrazioni per verificare la correttezza della trascrizione, orizzontalizzazione, creazione di una lista di unità descrittive successivamente revisionata per eliminare ripetizioni e ridondanze, raccolta delle unità descrittive in *cluster of meaning*, revisione delle categorie di significato e relazione di ognuna con la totalità delle stesse per

acquisire un significato globale del fenomeno presentandone le essenze. Durante l'intero percorso è stato esercitato il *bracketing*, ovvero la messa da parte delle preconoscenze e pregiudizi inerenti il fenomeno in studio da parte del ricercatore al fine di minimizzare influenze delle stesse sull'analisi e presentazione dei risultati. (Streuber Speziale & Carpenter 2005) L'analisi dei dati è stata condotta da due ricercatori indipendenti ed i risultati sono il frutto della interazione e del confronto sugli aspetti emersi. La descrizione e la presentazione delle essenze del fenomeno sono state sottoposte, a ricerca conclusa, all'attenzione dei partecipanti. Gli studenti intervistati hanno confermato quanto emerso giudicandolo congruente con il loro vissuto.

CONSIDERAZIONI ETICHE

È stato garantito, su base fiduciaria, l'anonimato in fase di presentazione e discussione dei risultati. Le interviste condotte via e-mail sono state private, durante la fase di analisi, del nominativo del partecipante. Il Comitato didattico del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino ha dato il consenso rispetto al disegno della ricerca ed ai materiali e metodi.

RISULTATI

Dieci studenti hanno risposto all'intervista via mail, tre ragazzi e sette ragazze di età compresa tra 21 e 23, uno studente di 31 anni. Due studenti afferiscono al Corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'età di 29 e 35 anni, rispettivamente maschio e femmina. Gli altri studenti non hanno partecipato per differenti motivi. Una studentessa all'ultimo momento non ha potuto partecipare all'esperienza per motivi familiari, uno studente per motivi personali importanti, gli altri studenti perché hanno dichiarato di non aver possibilità a partecipare perché impegnati all'estero in attività lavorative. Dall'analisi delle interviste sono emersi i seguenti temi e categorie essenziali: Consapevolezza delle dinamiche di gruppo, Il gioco per apprendere, Metafore per descrivere, Esperienza formativa riflessiva e vivificante (Tabella 1).

	Temi	Categorie essenziali
1	Consapevolezza delle dinamiche di gruppo	<i>Accettare i vari ruoli</i> <i>Condivisione delle esperienze di vita</i> <i>Vivere momenti conviviali</i>

		<i>La condivisione degli spazi</i>
2	Il gioco per apprendere	<i>L'arduo compito di coordinarsi Costituzione di legami molto stretti tra i partecipanti</i>
3	Metafore per descrivere	<i>La natura La creatività La scoperta</i>
4	Esperienza formativa riflessiva e vivificante	<i>La conduzione professionale e coinvolgente Il setting naturalistico ed accogliente L'isolamento per mancanza di "campo"</i>

Tema 1. Consapevolezza delle dinamiche di gruppo

Tutti gli studenti concordano che l'esperienza vissuta durante lo stage a Penicina è stata altamente formativa per sviluppare la capacità di lavorare in gruppo e per comprendere come il lavoro di gruppo e la presenza di un leader siano fondamentali per costruire un clima di lavoro armonioso e costruttivo.

Gli studenti riportano:

"Il laboratorio mi ha permesso di essere più consapevole delle dinamiche di gruppo e

ciò mi ha permesso di accettare i vari ruoli nei gruppi in cui successivamente mi sono trovata" ^{int.1}

"Attraverso le attività pratiche condotte durante lo stage sono riuscita a comprendere concetti semplici che però sono fondamentali nelle dinamiche di gruppo. La leadership e il confronto. Mi rendo conto di riuscire più facilmente a cogliere e a distinguere all'interno di un gruppo i differenti leader" ^{int.2}

"... mi ha fatto comprendere quanto possa essere necessario in alcuni momenti che sia presente un Leader, facendomi anche rendere conto che nella mia vita mi sono trovato a rivestire questo ruolo senza rendermene conto" ^{int.3}

"L'esperienza mi ha dato modo di riflettere maggiormente sulle dinamiche di gruppo e che occorre porre attenzione ai gesti, alle parole e ai modi di porsi all'interno di esso, ma soprattutto che la chiave per creare un buon clima è il confronto e la partecipazione all'interno del gruppo stesso". ^{int.4}

La modalità di strutturazione del corso è stata evidenziata dagli studenti come elemento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi proposti e per la piena riuscita del laboratorio. In particolare, i momenti conviviali e di condivisione e rielaborazione dell'esperienza al termine di ogni giornata

sono gli elementi più frequentemente ricordati.

“I momenti che più mi hanno colpito sono stati i momenti di condivisione delle proprie esperienze personali di vita”^{Int 1}. “La seconda serata, dove dopo 1 giorno e mezzo di attività si è creato un legame strettissimo tra tutti i partecipanti al corso.

Un legame strano e sottile”^{Int 2}

“... È stato il confronto dopo l'attività a coppie del primo giorno: dopo il dialogo con l'altra persona, avremmo dovuto raccontare, nei panni dell'altro, la sua storia; oltre ad avere qualche difficoltà inizialmente, poiché 20 minuti per conoscere una persona sono davvero pochi, mi sono sentito a disagio a sentir raccontata la mia storia di vita da una persona mai incontrata prima di allora”^{Int 3}

“Non vi è stato un momento particolare che più mi ha colpito, in generale la cosa che mi ha più stupito è stato come i conduttori del gruppo siano stati in grado di far uscire da noi partecipazione e moltissimi spunti di riflessione che abbiamo condiviso tutti insieme”^{Int 4}

“Come ho descritto in precedenza ci sono stati diversi momenti davvero intensi. In particolare, sempre durante un'attività ci è stato richiesto di indicare e descrivere tre spiriti guida della nostra vita e ognuno di noi si è veramente aperto al gruppo senza vergogne, ci siamo commossi più volte per

le diverse storie. Quel momento mi ha molto colpito”^{Int 5}

“Il momento che mi ha colpito di più è stato quando ognuno di noi ha raccontato la propria vita, le proprie debolezze, i propri punti di forza”^{Int 6}

Da tutte le descrizioni emerge la capacità dei conduttori di far emergere le esperienze più profonde di ciascun partecipante, di coinvolgere le persone in modo tale che riuscissero a trovare la confidenza e il coraggio necessario per poter condividere la propria esperienza ed esprimere davanti a un gruppo inizialmente sconosciuto e disomogeneo le proprie emozioni e le sensazioni vissute durante lo svolgimento delle varie attività.

Il clima conviviale si è instaurato anche grazie alle serate che venivano trascorse insieme.

Venivano sfruttati tutti gli spazi offerti dal posto: sala giochi, refettorio con la televisione, le camere, una sera abbiamo avuto modo di raggiungere il centro del paese per vedere come fosse e trascorrere del tempo fuori da questo posto piuttosto isolato anche se incantevole”.^{Int 5}

Tema 2 – Il gioco per apprendere

Lo spirito del gioco è proprio quello di stimolare i soggetti a sbagliare, ad esercitarsi, a misurarsi in situazioni complesse, a volte paradossali e imparare a

comprenderle, riconoscere la loro gestibilità. Esso inoltre offre il vantaggio di accelerare i tempi delle dinamiche che sorgono all'interno della situazione proposta: si può assistere ad una rapida verifica delle decisioni prese all'interno del gioco. Tra le esperienze più significative dal punto di vista formativo tutti i partecipanti hanno individuato nel *"gioco della bacchetta"*. Il gioco consisteva nella suddivisione dei partecipanti in due squadre, che avevano l'obiettivo di trasportare a terra una lunga bacchetta di legno appoggiata all'indice di ciascun membro della squadra senza farla mai staccare da alcun dito.

"dopo numerose difficoltà, nessuna delle due squadre è riuscita a portare a termine l'arduo compito".^{Int 2}

Come riportato dai partecipanti, il gioco era difficilissimo perché consisteva nel coordinarsi in modo molto preciso. L'attività era riuscita a creare un clima tra i partecipanti che è stato definito come un *"legame strettissimo tra tutti i partecipanti al corso. Un legame strano e sottile..."*^{Int 1}, *"l'ambiente caldo e intimo e le esperienze condotte attraverso il gioco, hanno permesso che ci fosse un'atmosfera serena e la formazione di legami con gli altri componenti del gruppo"*^{Int 2},

"... siamo partiti come un gruppo di perfetti sconosciuti che in soli tre giorni è riuscito a

formare un gruppo che si è messo in gioco nelle varie attività che ci hanno fatto riflettere e dato spunti utili da poter applicare sia nella pratica della nostra professione che non."^{Int 3}

Il diverso modo di apprendere ha permesso ai partecipanti di avere una visione più conscia del lavoro di gruppo e delle dinamiche che intercorrono tra i vari membri. Inoltre l'espressione delle proprie emozioni e la capacità di mettersi in gioco direttamente è stata percepita come un ulteriore accrescimento della consapevolezza personale del proprio ruolo all'interno del team.

Oltre a questo, è emersa l'importanza di questa attività per il lavoro futuro. Uno studente in particolare descrive così l'acquisizione attraverso il gioco di questa consapevolezza.

"Nel campo infermieristico è abbastanza chiaro ed evidente che solo il lavoro multidisciplinare porta a risultati migliori, ed è quindi richiesta la competenza di ogni individuo, ognuno doveva collaborare per portare l'asticella a terra".^{Int 4}

Un altro gioco che i partecipanti hanno sottolineato come significativo per il loro apprendimento è stato "Il dilemma del prigioniero".

"Questo gioco è fondamentale per comprendere perché una volta che due gruppi si identificano come rivali, sono

costretti a competere per la loro autostima. La competizione e l'ostilità tra gruppi non è quindi solo una questione di competizione per le risorse ma anche il risultato di identità concorrenti. Emergono parole chiavi in contrapposizione tra loro: conflitto/contrattazione, fiducia/tradimento, con/contro." ^{Int 7}

Dal gioco "Il dilemma del prigioniero" emerge il concetto di "Identità Sociale". Una volta che ci si sente parte di un gruppo e ci si identifica con esso, ed emergono come rilevanti i modelli e gli stili di conduzione e facilitazione e rappresentazione del gruppo. *"... è stato il primo gioco che mi ha fatto rivedere sotto una nuova luce le passate dinamiche di gruppo in cui sono stata partecipe. Nel gioco hanno influenzato anche fattori come l'assenza di feedback causata dalla mancata comunicazione tra le squadre. La scelta del mediatore, le sue caratteristiche comportamentali e il suo aspetto potevano influire sulle scelte della squadra avversaria, in quanto una persona pacata e dai modi gentili trasmetteva sentimenti di sicurezza e di fiducia che si proiettavano di conseguenza sul gruppo di appartenenza del portavoce."* ^{Int 10}

Tema 3 – Metafore per descrivere

I partecipanti hanno descritto con metafore la loro personale interpretazione dell'esperienza vissuta:

"Un paesaggio di montagna con sottofondo il rumore di un fiume". ^{Int 1}

"L'Immagine di un bambino che scopre una nuova funzione di un gioco che già possedeva". ^{Int 2}

"Inaspettato stupore" ^{Int 4}



"L'ultimo giorno ci è stato chiesto di prendere una carta da gioco fra il mucchio; ogni carta aveva sopra un'immagine, e avremmo dovuto pescare la più adatta a descrivere l'esperienza appena trascorsa. Questa carta testimoniava ciò che ero prima del corso, che ora sta bruciando per fare posto a quello che ero diventato e che avrei portato fuori da quel luogo al mio ritorno".

^{Int 3}

"Questa esperienza la associo a un dipinto, con alberi, case in poche parole ad un bellissimo paesaggio" ^{Int 6}

La metafora della Cura emerge dalle esperienze di una partecipante

"Ognuno si è preso cura dell'altro raccontandosi con passione ma anche con timidezza e grazie all'ascolto, ognuno ha potuto cogliere una parte dell'altro con gran rispetto e molta cura. Dunque, la cura può essere intesa anche come possibilità per assimilare dall'altro la verità che è necessario per ripristinare l'equilibrio degli umori e recuperare la salute attraverso una forza rinnovata" ^{Int 10}

Le diverse metafore sono genuine e rappresentano la profondità dei sentimenti e dell'esperienza vissuta. Come ci raccontano gli studenti il laboratorio LARA *Tema 5- Esperienza formativa riflessiva e vivificante*

Il laboratorio, oltre che un momento formativo diverso dalle solite lezioni frontali, è stata un'esperienza di crescita personale e professionale unica, nuova, diversa e inaspettata.

“È stato estremamente formativo sotto questo aspetto, attualmente non ho più i problemi con cui sono arrivato alla Penicina, mi sento molto più sicuro di me stesso e più intraprendente, propositivo, a volte anche direttivo; ho imparato ad essere il Leader che manca ogni tanto, ma anche ad essere un membro utile all'interno di un gruppo, e non più un'ombra di passaggio per un'eccessiva timidezza”.^{Int 3}

Dal laboratorio svolto gli studenti hanno portato a casa diverse esperienze, utili nella vita e nel mondo lavorativo; queste le sensazioni riportate:

“L'esperienza mi ha dato modo di riflettere maggiormente sulle dinamiche di gruppo e che occorre porre attenzione ai gesti, alle parole e ai modi di porsi all'interno di esso, ma soprattutto che la chiave per creare un buon clima è il confronto e la partecipazione all'interno del gruppo stesso”.^{Int 2}

“Non mi pongo più molti preconcetti. All'inizio dell'esperienza ero scettica su come si sarebbero svolte le attività, partecipandovi mi sono messa in gioco a pieno e ho potuto verificare una mia crescita personale.”^{Int 1}

“Il laboratorio mi ha permesso di essere più consapevole delle dinamiche di gruppo e ciò mi ha permesso di accettare i vari ruoli nei gruppi in cui successivamente mi sono trovata”.^{Int 2}

“Attraverso attività pratiche sono riuscita a comprendere concetti semplici che però sono fondamentali nelle dinamiche di gruppo. La leadership e il confronto. Mi rendo conto di riuscire più facilmente a cogliere e a distinguere all'interno di un gruppo i differenti leader. Non mi pongo più molti preconcetti. All'inizio dell'esperienza ero scettica su come si sarebbero svolte le attività, partecipandovi mi sono messa in gioco a pieno e ho potuto verificare una mia crescita personale”.^{Int 4}

“L'esperienza è stata piuttosto coinvolgente. Fin dall'inizio ci siamo pianamente immersi nello spirito di gruppo e di collaborazione e nonostante conoscessi già alcune persone del gruppo, tra tutti si è cercato subito di collaborare per conoscersi e prendere l'attività seriamente. Entrando più nel dettaglio, giornalmente si svolgevano dei laboratori che si focalizzavano su varie attività utili a

comprendere le dinamiche del gruppo. A volte si utilizzava anche un'impronta ludica. Nel complesso comunque le giornate erano molto intense ed emozionanti avevano un grosso impatto sulle emozioni".^{Int 3}

"Sono cambiata tanto dopo questa esperienza in quanto sono cresciuta a livello psicologico che relazionale; è cambiato l'approccio di formazione perché adesso quando sono in gruppo di persone riesco a parlare quando prima avevo difficoltà ad avvicinarmi."^{Int 6}

"Dopo questa esperienza diciamo che riesco a vedere gli altri in modo diverso, prima di giudicare o comunque esprimere un parere su un'altra persona, cerco di accumulare più informazioni per farmi un'idea di chi ho davanti. Inoltre, riesco ad essere molto più aperta al dialogo e alle relazioni"^{Int 7}

Nel complesso quindi le esperienze sono state formative, utili, vissute con un'intensità differente in ogni protagonista. Alcuni studenti affermano di avere un diverso orientamento verso il futuro o di prendere consapevolezza dei propri limiti, e di avere il coraggio di modificare il proprio comportamento. Sostanzialmente le esperienze riportate sono state tutte molto positive. In particolare, sono stati molto apprezzati.

"i conduttori del gruppo, ottimi professionisti e il luogo, che ci ha portati a riflettere"^{Int 1};

"Le attività svolte sono pregne di significato sia nei momenti di ascolto sia durante i silenzi o le pause, e sono condotte da un corpo di insegnanti che riescono a tenere vivo e concentrato l'interesse dei partecipanti"^{Int 8}

"Il momento che mi ha colpito di più è stato quando io e una docente di Fisica, (che partecipava al corso con noi, n.d.r.) parlavamo di nuvole dopo cena. Mi sembrava un evento unico ed irripetibile il fatto di poter trovare connessioni con altre generazioni su argomenti che riguardavano interessi propri oltre all'esperienza formativa."^{Int 8}

Il clima, il luogo e il ruolo dei formatori sono stati motivo di ampio consenso tra i partecipanti

"Clima meraviglioso, molto coinvolgente, accogliente, ho apprezzato molto il ruolo dei formatori, il loro modo di avvicinarsi, le fantastiche esperienze che ci hanno permesso di fare. Non riesco davvero a trovare un aspetto negativo"^{Int 3};

"il punto di forza penso fosse l'ambiente: pacifico e molto suggestivo, proprio perché lontano dalla solita routine, stimolava a rendere al massimo in ogni attività e soprattutto vivere con le altre persone durante le varie giornate ha sicuramente

aiutato a renderci tutti più collaborativi e stimolati”.^{Int 5}

Le critiche emerse riguardavano paure di fondo

“L’aspetto negativo che nel nostro caso non è accaduto è che i vari partecipanti avrebbero potuto non mettersi in gioco e questo avrebbe potuto comportare l’inefficacia del laboratorio”^{Int 1}

Venivano riportate aspetti individuati da altre persone come

“...molte persone si lamentavano mancasse la linea telefonica, cosa che invece ho apprezzato molto dato che consideravo quell’esperienza proprio un modo per staccare dal mondo”;^{Int 3}

“Gli aspetti positivi di questa esperienza sono stati tanti, in quanto sono riuscita a condividere e convivere già fin da subito con persone che non conoscevo”^{Int 6}

Suggerimenti utili per il prosieguo hanno riguardato la durata dello stage

“... Si dovrebbe allungare la durata del corso di almeno una giornata in modo da poter concludere con calma tutte le attività proposte”.^{Int 1;2;3}

Altri suggerimenti indicano nella presentazione del laboratorio in un fare preliminare di diffusione dell’iniziativa.

“...Penso che il miglioramento debba essere fatto più che altro sulla presentazione di questa attività, più che sul corso di per sé. Sinceramente non avevo

ben capito di cosa si trattasse e immaginavo un corso e un approccio proprio diverso, anche se nel complesso appunto l’esperienza è stata positiva. Magari farei un incontro introduttivo all’esperienza, oppure farei presentare il corso a qualcuno che ha già vissuto il LARA”.^{Int. 5}

La possibilità di sviluppare incontri con studenti che avessero già avuto modo di vivere l’esperienza o con i professionisti che avrebbero tenuto il laboratorio, probabilmente avrebbe avuto come risultato un maggiore coinvolgimento da parte degli studenti del corso di laurea.

Da parte di tutti gli studenti l’esperienza è stata svolta in modo partecipativo ed entusiasmante e tutti concordano nel continuare a proporre l’esperienza ai futuri colleghi del corso di laurea.

“Anche se un po’ scettica prima di iniziare sono stata felice di aver partecipato. Consiglio agli studenti di partecipare a questo ADE perché permettono di imparare molto sulle dinamiche di gruppo aspetto fondamentale nella nostra professione (infermieristica), ma non solo e le attività in generale proposte in maniera alternativa e dinamica”^{Int 1}

“Consiglio questa esperienza a tutti, sia a persone che in gruppo non riescono proprio a lavorare, sia a coloro che invece si trovano molto bene in gruppo. È

un'occasione formativa importante, che mette in relazione individui provenienti da luoghi diversi e li "obbliga" a relazionarsi, facendo però luce sul fatto che non c'è nulla di forzato, piuttosto sorprende come tutto ciò avvenga con una naturalezza incredibile."^{Int 3}

"Consiglierei caldamente quest'esperienza ad altri studenti in quanto molto stimolante ed utile."^{Int 2}

"... È una incredibile esperienza personale e professionale"^{Int 4}

"Sì, decisamente. Forse ammetto non tanto dal punto di vista formativo, perché appunto a distanza di un anno non ricordo esattamente gli argomenti trattati. Non è stato infatti un laboratorio in cui venivano esplicitamente espressi dei concetti, diciamo che vi era una sorta di libera interpretazione individuale. Però appunto è stata un'esperienza diversa, un percorso anche interiore e di esplorazione delle proprie emozioni ma soprattutto per quanto concerne il nostro percorso di studi, è stata interessante, come già descritto, il focus sul team e sull'importanza del suo ruolo".^{Int 5}

"Lo consiglio ad altri studenti di partecipare al Laboratorio Lara perché secondo me è stata un'esperienza che mi ha segnato tantissimo. Sono cresciuta nel corso di quest'anno anche grazie a questo piccolo tassello della mia vita".^{Int 6}

"Consiglierei quest'esperienza a tutti quelli che hanno paura di buttarsi in cose nuove, mai provate, a coloro che hanno paura di parlare e aprirsi con altre persone, di sperimentare qualsiasi cosa che ti dia l'opportunità di conoscere altre persone, esperienze diverse, perché è un modo di arricchirsi personalmente".^{Int 9}

Un suggerimento riguarda un momento preparatorio da parte dei responsabili della formazione infermieristica che fornisca una cornice di senso all'esperienza all'interno del percorso complessivo.

"Prima di intraprendere questa esperienza formativa ritengo necessario che ognuno debba vedere questa opportunità come una tappa di un percorso di vita, così da poter cogliere effettivamente il senso delle cose, piuttosto che gli aspetti positivi o negativi. Credo infine che consiglierei questa proposta agli studenti che cerchino oltre le evidenze, dei modi per stabilire un contatto con l'altro e col gruppo, senza l'inganno della tecnologia e col minimo impatto urbano. E' una opportunità per poter apprendere le basi della vita e del lavoro di gruppo e dove ritrovarle quando le cerchi."

^{Int 8}

DISCUSSIONE

Gli studenti hanno risposto argomentando in modo personale e profondo i propri vissuti e le proprie emozioni. Nella

compilazione delle interviste sono stati molto esaustivi nella descrizione dei vari laboratori, delle situazioni, dei giochi, delle discussioni al termine dei laboratori, oltre che sulla descrizione del magnifico paesaggio in cui erano immersi. Grazie a questo laboratorio molti sono riusciti a scoprire doti caratteriali che non immaginavano di possedere, altri sono riusciti a vincere le proprie paure, cambiando il modo di approcciarsi alle persone.

Le evidenze riportate in letteratura da numerosi autori (Lewin, 1948; Spaltro 1985-2005; Drumm et al, 2006; Montanari, Montanari, 2008; Lu, 2017) sottolineano come il lavoro di gruppo e la cooperazione permettono ad ogni membro dell'equipe creatasi di sviluppare competenze personali e professionali specifiche che possono essere applicate nella vita quotidiana, al fine di sviluppare in maniera più decisa il proprio carattere e di poter esaltare le proprie qualità, anche quelle nascoste.

Gli studenti hanno compreso attraverso il laboratorio e l'esperienza personalmente vissuta l'importanza del lavoro di gruppo e della cooperazione. Hanno sottolineato di aver compreso come il lavoro di squadra rende il singolo più forte, in quanto riesce a dare risalto alle qualità degli individui inserendole in un lavoro collettivo del quale

loro stessi sono parte; le caratteristiche fisiche, psicologiche, attitudinali, caratteriali, relazionali, emotive e affettive che sono determinate dalle diverse esperienze della storia presente e passata, come afferma Lewin (1948), vengono valorizzate e condivise.

Dallo scambio e dalle relazioni che si sviluppano tra le varie identità individuali si va formando una identità di gruppo, nella quale i vari componenti si riconoscono, che non rappresenta la somma delle varie persone che lo compongono, ma è il risultato dell'interazione delle parti, come ci viene ricordato da Quaglino et al (1990; 1992).

Gli studenti nell'intervista sottolineano l'importanza della comprensione delle dinamiche dei gruppi e delle relazioni interne che si sviluppano tra i vari membri, siano esse consce o inconsce, valorizzando in tal modo l'autoapprendimento degli studenti e l'autovalutazione degli stessi. Il "valore del lavoro di gruppo" a seguito della partecipazione al processo di lavoro connota l'esperienza come gratificante (Williamson-Ashe, Ericksen 2017).

La stessa conduzione dello stage risulta molto importante: la capacità degli operatori formati nel promuovere le relazioni all'interno del gruppo, l'autoconsapevolezza del singolo e la capacità di mettersi in gioco sempre, a

dispetto delle proprie conoscenze, abilità e sicurezze, ha fatto in modo che gli studenti potessero sperimentare in un ambiente protetto e unico, dal punto di vista formativo e paesaggistico, l'esperienza di doversi cimentare e "aprirsi" con persone nuove e sconosciute, avendo la capacità di superare i propri limiti e le proprie timidezze per "rinascere a nuova vita".

Questi punti fondamentali emergono in modo preponderante in tutte le interviste e lo spirito di collaborazione che si crea, una volta che si infrangono le barriere dei propri limiti, viene riportato da tutti gli studenti attraverso il gioco dell'asta portata a terra, individuato da tutti come l'esperienza ludica più formativa.

L'importanza di questa attività all'interno dello stage è quella che ha permesso di creare un legame più profondo tra i vari membri del gruppo, che hanno appreso la capacità di ascoltare, vedere gli altri e sapersi coordinare in maniera perfetta tra loro. Il riconoscimento della figura del leader all'interno del gruppo non è stato visto in negativo: il leader è colui che ha il compito più arduo, parlare, coinvolgere, ma specialmente saper ascoltare tutte le voci in campo e creare un clima di comunione e di condivisione di idee, progetti, esperienze.

La filosofia di Lewin (1948, 1972) già esposta in precedenza in maniera esauriente è anche il fondamento del

laboratorio LARA, il quale prevede nella collaborazione, nell'interazione, nel riconoscimento della figura leader all'interno di un gruppo e la comprensione dei vari legami che si instaurano.

CONCLUSIONI

Dai risultati emerge come gli studenti abbiano vissuto nei laboratori LARA presso la Penicina una esperienza unica dal punto di vista formativo e di crescita personale. Tutti gli studenti evidenziano un elemento fondamentale: i laboratori, sviluppati in un ambiente protetto, ma a stretto contatto con la realtà, in un ambiente naturalistico facilitante, hanno aiutato a sviluppare in loro capacità nascoste, di cui loro stessi inizialmente non erano a conoscenza. Inoltre, le abilità acquisite di interazione e di mediazione, sono risultate utili e fondamentali al fine di sviluppare competenze professionali nuove e avanzate. Alcuni studenti hanno segnalato la brevità dell'esperienza vissuta. Tre giorni secondo alcuni sono stati troppo pochi per poter sviluppare appieno tutti i temi che si potevano affrontare sulle dinamiche di gruppo, sulla condivisione e sulle diverse figure che si formano all'interno di un team di lavoro. I tempi a disposizione non hanno permesso, secondo alcuni, una profonda riflessione su sé stessi e sul superamento delle proprie paure nell'affrontare situazioni

nuove della vita quotidiana. Un altro punto debole individuato è stata la scarsa informazione preliminare riguardo il laboratorio e su come si sarebbero svolte le giornate. A questo punto si può individuare una soluzione, coinvolgendo gli studenti degli anni passati, in modo tale che descrivendo la loro personale esperienza possano suscitare maggiore interesse e curiosità nei loro colleghi più giovani. Tutti gli studenti concordano sull'importanza dell'apprendimento del lavoro di gruppo, sul riconoscimento della figura di un leader all'interno del team di lavoro e su come egli stesso debba possedere delle caratteristiche peculiari, che gli permettano di esaltare le caratteristiche individuali di ognuno. La profondità delle descrizioni e dei sentimenti riportati sono risultati fondamentali per poter comprendere e quasi vivere" la stessa esperienza. I risultati della ricerca sottolineano l'importanza di sviluppare nei programmi formativi le competenze sulle dinamiche e relazioni nei gruppi, spendibili nei contesti sanitari, educativi e sociali.

BIBLIOGRAFIA

- Angelini P. & Lotti A. (2019 a cura di), *Fuori dalle medie. Dalla classe al gruppo*. FrancoAngeli, Milano.
- Atkinson R. (1998), *L'intervista narrativa*. Cortina, Milano.
- Carey L. (2016), Group Work Education: A Call for Renewed Commitment, *Social Work with Groups*, 39:1, 48-61.
- Drumm K. (2006), The Essential Power of Group Work, *Social Work with Groups*, 29:2-3, 17-31.
- Frabboni F., Montanari F. (2002), *LARA. Nuove abilità relazionali nell'avventura scolastica*, FrancoAngeli, Milano.
- Frabboni F., Montanari F. (2008 a cura di), *Scuola e territorio*, FrancoAngeli, Milano.
- Garrino L., Gregorino S., Lombardo S. (2012), *La prospettiva fenomenologica nella ricerca qualitativa*, Cap 6, p.73-85. In Finiguerra I, Garrino L, Picco E, Simone P. *Narrare la malattia rara- esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori*. Edizioni Medico Scientifiche,.
- Giorgi A.P., Giorgi B. (2008), *Phenomenological psychology*. The Sage handbook of qualitative research in psychology.. <https://www.fondazioneadolescere.it/l-a-r-a/> Ultima consultazione ottobre novembre 2019.
- Hamilton R.J., Bowers B.J. (2006), Internet recruitment and e-mail interviews in qualitative studies. *Qualitative Health Research* 16:821-835.
- Lewin K. (1948), *Resolving social conflicts: selected papers on group dynamics*, Harper & Row, New York.

- Lewin K. (1972), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Liehr P., Takahashi R., Liu H., Nishimuna C., Summers L.C. (2004), Bridging distance and culture with a cyberspace method of qualitative analysis. *Advanced Nursing Science* 27(3):176-186.
- Lu Y. (2017), Are the Ambitions for Group Dynamics: Theory, Research and Practice Being Fulfilled? *A Social Network Analysis of Citations of Journals Publishing Group Research. American Psychological Association*, 21 (3): 178 – 185.
- Montanari F., Montanari S. (2008) , *Dal Branco al gruppo*, La Meridiana, Molfetta
- Polit D.F., Beck C.T. (2013), *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8th ed.
- Spaltro E. (1985), *Il gruppo. Pluralità. Psicologia dei piccoli gruppi*, Patron, Bologna.
- Spaltro E. (1999), *Il gruppo. Sintesi e schemi di psichica al plurale*. Edizioni Pendragon, Bologna
- Spaltro E. (1999), *Il gruppo. Conduttori. Manuale per l'uso dei piccoli gruppi*. F. Angeli, Milano
- Streuber Speciale H., Carpenter D.R. (2005), *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Idelsen Gnocchi, Napoli:..
- Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health.
- Quaglino G.P, (1990), *Appunti sul comportamento organizzativo*. Torino, Tirrenia Stampatori
- Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A. (1992), *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Milano, Raffaello Cortina Editore
- Schiesaro G. (2008), *La Fondazione Adolescere e l'Oltrepò pavese: un patto per il futuro*, in Frabboni F., Montanari F. (a cura di) *Scuola e territorio*, FrancoAngeli, Milano.
- Scrima F, Di Maria F (2009), Psicodinamiche di convivenza nel gruppo di lavoro: un'indagine esplorativa. *Risorsa uomo*, (4).
- Warkentin B. (2017), Teaching Social Work with Groups: Integrating Didactic, Experiential and Reflective Learning, *Social Work with Groups*, 40:3, 233-243.
- Williamson-Ashe S.R, Ericksen K.S. (2017), Social Work Student Perceptions of Group Work and the Presence of Value Themes That Correspond to Group Work Success. *Journal of Social Work Values and Ethics*. 14: 2, 43-53.

Percorso di Educazione Terapeutica al paziente con Scompenso Cardiaco

Fabrizio Pertile¹, Laura Canduci¹

¹Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – SUPSI. Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale – DEASS

L'educazione è il grande motore dello sviluppo personale.

Nelson Mandela

*Il compito del moderno educatore non è di disboscare giungle,
ma di irrigare deserti.*

Clive Staples Lewis.

ABSTRACT

Introduzione: nel mondo occidentale gli individui con scompenso cardiaco sono in aumento e con l'aumentare dell'età vi è una maggiore comorbidità. All'interno del Reparto RAMI dell'Ospedale Malcantonese vi è mediamente 1 paziente su 15 con patologia di scompenso cardiaco e nei criteri di ammissione previsti dal legislatore rientra quello di fornire al paziente un'educazione terapeutica. Nonostante gli infermieri mettano in atto alcuni passaggi dell'educazione terapeutica, a volte anche in maniera inconscia, vi è la necessità di strutturare una metodologia al fine di rendere più efficace ed efficiente l'intervento di ogni professionista in un'ottica di presa a carico inter e multidisciplinare. Lo scopo di questo progetto è migliorare la conoscenza del paziente e formarlo ad una maggiore autonomia nella gestione della sua malattia.

L'obiettivo specifico è di realizzare un percorso di educazione terapeutica per questi pazienti che sia condiviso, strutturato e standardizzato assieme alle altre figure professionali che ruotano attorno al paziente all'interno dell'Ospedale Malcantonese.

Metodo: nel mese di marzo 2018 è stato formato un "Team Work" comprendente la Capo Clinica, due infermiere, due fisioterapisti e un'ergoterapista con la figura dello Specialista Clinico nel ruolo di Project Manager.

Ai pazienti sono stati somministrati tre documenti: una raccolta dati generale, la Self-Care of Heart Failure Index e il Questionario di valutazione finale. In base ai risultati ottenuti con i primi due documenti il paziente è stato indirizzato verso un determinato percorso di presa a carico con i relativi professionisti. Al termine del percorso al paziente è stato somministrato un questionario di valutazione finale e i risultati sono stati comparati con la Self-Care of Heart Failure Index.

Risultati: i risultati della scala e del questionario finale sono stati messi a confronto ed è emerso che, in base alle singole sezioni di ogni singolo questionario, non solo nessun paziente è peggiorato, ma il 33.3% era migliorato nella Sezione A, il 22.2% nella Sezione B e il 44.4% nella Sezione C.

Discussione: attraverso questo progetto è stato creato un percorso di presa a carico del paziente con scompenso cardiaco condiviso con le altre figure professionali, basato su evidenze scientifiche e apporti esperienziali di ognuna di esse. Vi è stata un'intensa collaborazione e un profondo scambio di conoscenze; la motivazione e la disponibilità di ognuno non sono mai mancate. Si è preso coscienza che il *self-care* è essenziale nella gestione dello scompenso cardiaco, che se si promuovono la conoscenza e la comprensione della patologia, allora migliora l'abilità di gestione della stessa. Inoltre, il contributo di ogni professionista è efficace nel momento in cui c'è un confronto con le altre figure e vi sono dei percorsi di cura condivisi e basati sulle evidenze scientifiche.

Parole chiave: heart failure, therapeutic education, self-care, self-efficacy.

1. INTRODUZIONE

1.1 Premessa

Lavoro da quattro anni presso l'Ospedale Malcantonese (Castelrotto, Svizzera) nel Reparto RAMI (Reparto Acuto di Minore Intensità) - ex Reparto di Medicina Generale – all'interno del quale rivesto il ruolo di Vice Capo Reparto e di Specialista Clinico. La casistica dei pazienti con i quali sono confrontato hanno un'età media superiore agli 80 anni, sono polimorbidi, gran parte di essi sono dipendenti nelle AVQ e non sempre sono lucidi, coscienti, orientati e collaboranti.

Trovandomi a lavorare in un contesto con svariati pazienti che presentano patologie inerenti il sistema cardiovascolare – attualmente (agosto 2018) il 30% presenta almeno una patologia cardiovascolare e di questi il 20% ha una diagnosi di scompenso cardiaco risalente fino ad un massimo di 1 anno prima – (OSCAM, 2018) la mia attenzione si è indirizzata verso coloro

che sono stati colpiti da scompenso cardiaco. Il lavoro è supportato dalle statistiche di degenza ospedaliera (tempo medio da gennaio 2018 a fine settembre: 27,6 giorni) e dalla media di occupazione del reparto che, aggiornata al 30 settembre è del 94,71% (OSCAM, 2018).

L'attuale scenario sanitario vede un progressivo aumento delle malattie croniche (Ufficio Federale della Sanità Pubblica e Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, 2016) quindi appare realistico sostenere che la qualità della salute e della vita passa necessariamente attraverso la capacità di affrontare, adattarsi e gestire i problemi (Beghelli et al., 2015): in questo contesto si inserisce l'educazione terapeutica, la quale si rivolge a persone con problemi di salute e/o in situazione di malattia. I pazienti con i quali mi trovo quotidianamente confrontato rispecchiano tutte le caratteristiche per le quali si inizia un programma di educazione tera-

peutica: sono pazienti con patologie croniche, le quali “implicano trattamenti complessi, a lungo termine e molto spesso conducono ad alterazioni invalidanti sia fisicamente che socialmente” (Beghelli et al., 2015, p. 30).

Il Reparto Rami è dotato di 30 letti di degenza, in un’ottica di presa a carico globale ed interdisciplinare del paziente (OSCAM, n.d.); vengono prese a carico principalmente le seguenti affezioni: respiratorie, endocrine e metaboliche, cardiovascolari post-acute, oncologiche, reumatologiche e neurologiche (Ibidem). L’équipe di cui faccio parte si compone del Primario, della Co-Primario, di una Capo Clinica, di 3 medici assistenti, mentre l’équipe strettamente infermieristica è formata dalla Capo reparto, dalla Vice capo reparto, da 15 infermieri, 2 OSS e 12 assistenti di cura che lavorano con percentuali di assunzione tra il 25% e il 100%.

All’interno dell’area geografica del Malcantone rappresentiamo il punto di riferimento per le cure di pazienti con patologie precedentemente elencate e fungiamo anche da reparto sub-acuto per pazienti in condizioni di moderata stabilità dal punto di vista clinico che giungono nel nostro Ospedale, prevalentemente da Ospedali dell’EOC del Luganese. Il lavoro dell’intera équipe è finalizzato ad un possibile rientro a domicilio o

un ricovero presso una CpA (Casa per Anziani) con il migliore grado di autonomia possibile o, in caso di importante instabilità clinica, un eventuale trasferimento in un altro ospedale.

2. SCOPO E OBIETTIVO

Lo scopo di questo progetto è migliorare la conoscenza e formare il paziente ad una maggiore autonomia nella gestione più completa possibile della sua malattia.

L’obiettivo specifico è quello di realizzare un percorso di educazione terapeutica per il paziente con scompenso cardiaco che sia condiviso, strutturato e standardizzato assieme al medico, all’équipe infermieristica, all’équipe dei fisioterapisti e all’ergoterapista e che inoltre permetta di personalizzare il più possibile l’intervento sul paziente. Un altro obiettivo consiste nell’aumentare l’aderenza terapeutica dei pazienti anche rispetto alla terapia farmacologica secondo le modalità previste dalla prescrizione del medico andando ad includere, quando possibile, i *caregiver*. Il tutto dovrebbe portare ad una diminuzione del tasso di ri-ospedalizzazione del paziente.

3. QUADRO CONCETTUALE

3.1. Scompenso Cardiaco

Da un punto di vista prettamente epidemiologico sappiamo che nel mondo occidentale gli individui con scompenso cardiaco sono

in aumento (Ianiro, 2014) e, più precisamente, in Europa vi è una predominanza dello 0,5-1% dell'insufficienza cardiaca che aumenta con l'avanzare dell'età. Nei paesi industrializzati circa il 2% della popolazione, corrispondente ad oltre 14 milioni di persone, soffre di scompenso cardiaco con una prevalenza che aumenta con l'aumentare dell'età (Corrao e Maggioni, 2014). I dati ci mostrano che la prevalenza supera il 10% delle persone di età superiore ai 70 anni (Ibidem).

Tipicamente il paziente con scompenso cardiaco è un soggetto sui 75 anni, con un rapporto 3:4 tra sesso maschile e femminile, iperteso, diabetico, con pregresso infarto miocardico, ridotta frazione di eiezione e insufficienza renale di diverso grado (Miceli, 2003).

I fattori di rischio per lo scompenso cardiaco possono distinguersi in *fattori non modificabili* (età e sesso, in prevalenza maschile, e familiarità) e *fattori modificabili* (ipertensione, diabete, attività fisica, colesterolemia totale, HDL basse, corretta e sana alimentazione, controllo del peso, evitamento di fumo e alcol). È opportuno conoscere i fattori modificabili poiché saranno questi sui quali si deve andare a lavorare al fine di ridurre o prevenire il rischio di un nuovo scompenso cardiaco (Gioia, 2002) ed è proprio su questi fattori che si concentrerà il mio lavoro sul paziente.

Negli ultimi anni sono stati fatti numerosi progressi dal punto di vista della terapia farmacologica grazie ai quali è stato possibile ridurre la mortalità e migliorare le condizioni funzionali nei pazienti, ma nonostante tutto questo alcuni pazienti si presentano ancora sintomatici e questa situazione è da ricondursi sia ad un trattamento farmacologico non ottimale per la scarsa propensione medica ad utilizzare ACE-inibitori e beta-bloccanti sia per la refrattarietà del paziente ad un trattamento ottimale (Miceli, 2003). A fronte di ciò la ricerca scientifica sta tentando di migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza dei pazienti con applicazioni nel campo della terapia elettrica grazie all'uso di defibrillatori impiantabili e pacemaker bi-ventricolari applicati singolarmente o in associazione (Ibidem).

Da un punto di vista assistenziale/non farmacologico è opportuno specificare che l'impatto psicologico al quale vanno incontro i pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco ha delle ripercussioni sia su di essi che sui familiari o sulle persone che gli stanno accanto (Miceli, 2003). Questa situazione è dovuta alla cronicità della malattia stessa, caratterizzata da fasi di stabilità clinica con altre di instabilità e conseguente ricovero ospedaliero. Inoltre, una considerevole quantità di pazienti decede improvvisamente e la famiglia deve essere preparata ad affrontare tale evenienza.

3.2 Educazione terapeutica

Lo scompenso cardiaco riunisce una popolazione eterogenea di pazienti, sia per diversità nel livello intellettuale, culturale e sociale, ma anche economico, psicofisico e spirituale (Beghelli et al., 2015). Tali diversità richiedono un continuo adattamento e personalizzazione del processo di educazione terapeutica, la quale è parte integrante della terapia stessa ed è un processo centrato proprio sul paziente; coinvolge la sua quotidianità, i suoi *caregiver* e la sua famiglia e al fine di poter affrontare nel migliore dei modi la malattia, deve essere iniziata già a partire dalla degenza ospedaliera (Ibidem).

Lo scopo dell'educazione terapeutica è quello di fornire al paziente conoscenze appropriate, istruendolo su come preservare il proprio stato di salute, insegnandogli a prevenire eventuali malattie intercorrenti o complicanze e a riconoscere segni e sintomi di insorgenza (Beghelli et al., 2015). È quindi un processo dinamico, complesso e per questo molto stimolante; inoltre coinvolge tutte le figure professionali presenti in ambito ospedaliero.

L'importanza dell'educazione terapeutica è sottolineata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) già a partire dal 1998:

l'educazione terapeutica deve permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le

competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta pertanto di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente (WHO, 1998).

Alla luce di queste considerazioni, scaturisce in maniera naturale il fatto che oggi il personale sanitario deve accettare di accompagnare per anni le persone malate, aiutandole a stabilizzarsi: è necessario un approccio completo che implica tra le parti in causa la creazione di una vera e propria alleanza terapeutica. Questo fa sì che la malattia, pur tra le sofferenze, le incertezze, i dubbi e le difficoltà, diventi un luogo di incontro tra le persone, una possibilità per andare oltre il vissuto della malattia. Il fine dell'educazione terapeutica è sviluppare consapevolezza, responsabilità e abilità riferite alla terapia: ovvero farmaci e altri trattamenti fisici.

L'educazione terapeutica pone al centro il soggetto malato considerando i suoi bisogni reali e potenziali (espressi o meno), ma occorre enfatizzare sul ruolo dei familiari e delle persone significative che accompagnano la persona in questo percorso di cura e di assistenza a lungo termine.

3.2.1 Educazione terapeutica e infermieri

All'interno del panorama delle professioni sanitarie, il gruppo più cospicuo dal punto di vista del numero è formato dagli infer-

mieri, seguiti dai colleghi fisioterapisti (Beghelli et al., 2015). È determinante il contributo che viene apportato da questi professionisti per la realizzazione di progetti di educazione terapeutica; il vero ostacolo è rappresentato dal poco tempo destinato a ciò ma soprattutto dalla poca strutturazione metodologica. Per tale motivo i percorsi formativi devono essere arricchiti da studi più accurati nelle discipline della pedagogia, della psicologia e della sociologia. In prima istanza potrebbe sembrare uno sforzo immane rispetto ai tempi e alle conoscenze a disposizione, ma si adotta uno sguardo a lungo termine, ci si accorge uno dei risultati più eclatanti dell'applicare l'educazione terapeutica è la diminuzione rilevante del numero di ricoveri ospedalieri (Beghelli et al., 2015, p. 38).

3.4.1 "topic" dell'educazione terapeutica

Gli argomenti da affrontare con il paziente che rientrano nel processo di educazione terapeutica sono: monitoraggio del peso, riconoscimento dei segni e sintomi di scompenso, dieta, introito di liquidi, aderenza al trattamento farmacologico, gestione dell'ansia e della depressione, esercizio fisico e attività sessuale e, infine, viaggi e luoghi per le vacanze.

3.4.1 Monitoraggio del peso

Il controllo del peso nel paziente con scompenso cardiaco è un elemento centrale nel processo di autocura in quanto permette al paziente di monitorare eventuali cambiamenti (Aune D. et al., 2016). Un aumento di peso è spesso il primo segno di un sovraccarico di liquidi in questa tipologia di pazienti; se tali aumenti sono trattati prontamente, allora possono essere evitate riascerbazioni della patologia (Ibidem).

Le raccomandazioni prevedono che il paziente si pesi in modo regolare intendendo con ciò la rilevazione del peso quotidiana per pazienti con un'elevata classe NYHA (III e IV) oppure due volte alla settimana nel caso presentino un livello inferiore della scala alla medesima ora e nelle medesime condizioni (al mattino appena sveglia, dopo aver urinato, svestiti o con il pigiama addosso) (Jones et al., 2014). In caso di un aumento improvviso del peso corporeo di 2 kg o più in 3 giorni, non imputabile ad un aumento dell'introito calorico o di liquidi, il paziente deve avvisare immediatamente il medico o l'infermiere per farsi consigliare un'eventuale assunzione della terapia diuretica (Miceli, 2003).

Al paziente è raccomandato di tenere un diario del peso che, se si controlla periodicamente, fornisce al sanitario un'idea dell'aderenza terapeutica del paziente.

Il monitoraggio del peso rimane il pilastro della gestione dello scompenso cardiaco e il dato clinicamente più significativo per valutare il comportamento dell'aderenza del paziente.

3.4.2 Riconoscimento dei segni e sintomi

Tra i segni e sintomi che si verificano in presenza dello scompenso cardiaco si annoverano: astenia, insonnia, cianosi, tosse, edemi declivi e tachicardia (Miceli, 2003 e Gioia, 2002). I segni fisici variano in funzione della gravità della malattia; alterazioni si possono presentare sia a riposo sia sotto sforzo. Il segno che in genere richiama maggiormente l'attenzione del paziente è la presenza degli edemi periferici dovuti all'aumento del volume liquido extracellulare che insorgono a partire dalle zone più declivi del corpo (caviglie e piedi) per poi espandersi. Ai pazienti viene quindi insegnato l'importanza di controllare quotidianamente il gonfiore delle caviglie, di pesarsi, fare attività fisica per almeno 30 minuti al giorno, bere di meno e, nel caso di caviglie edematose, di sedersi o sdraiarsi con le gambe sollevate da terra e in caso di dubbio contattare il medico o l'infermiere di riferimento (Gioia, 2002).

3.4.3 Dieta, sale e liquidi

La malnutrizione è comune in pazienti con scompenso cardiaco (Miceli, 2003) e

spesso è parte di un circolo vizioso nel quale compaiono e si manifestano l'infiammazione e la cachessia cardiaca. Quando è presente quest'ultima la prognosi peggiora e il rischio di mortalità si alza; dunque uno degli obiettivi terapeutici dovrebbe essere quello di prevenire o comunque ridurre il rischio di un disordine alimentare (Ibidem). È indispensabile effettuare un *assessment* dello stato nutrizionale andando ad utilizzare alcuni parametri come il BMI (Body Mass Index), integrarlo con una scala come la MNA (Mini Nutritional Assessment) che attualmente (2018) è considerata il *gold standard* per l'assessment nutrizionale per lo scompenso cardiaco.

L'elemento naturale presente in cucina e che deve essere attentamente dosato è il sale: la restrizione di introito è risultato da sempre il secondo pilastro nella gestione post-scompenso cardiaco. Il suo controllo è un problema di gestione rilevante nelle fasi avanzate dello scompenso cardiaco, ma è opportuno sottolineare che la totale eliminazione è un errore comune anche in questi pazienti e, per questo motivo, una dieta povera di sale dovrebbe essere prescritta a tutti (Miceli, 2003); nonostante i risultati provati da diversi studi sono contrastanti. Lo studio di Doukky et al., 2016 conclude che in pazienti con scompenso cardiaco cronico, introdurre un basso livello di sodio (<2,500 g/d corrispondente a ½ cucchiaino

di sale fino), non riduce il rischio di morte o di ri-ospedalizzazione comparato con un alto livello (>2,599 g/d) di introito di sale.

3.4.4 Aderenza al trattamento farmacologico

Il ruolo svolto dall'infermiere nella gestione della terapia, oltre alla somministrazione dei farmaci, prevede anche l'osservazione del paziente prima della somministrazione, il controllo dell'effetto del farmaco e gli eventuali effetti collaterali (Miceli, 2003).

Il punto sul quale l'infermiere deve porre maggiore attenzione durante la degenza, riguarda appunto l'aderenza al trattamento farmacologico, in quanto ciò avrà ripercussioni una volta che il paziente rientrerà a domicilio che di fatto rappresenta il passaggio da un regime sorvegliato ad un processo di totale autonomia (Volpe et al., 2014). Secondo Volpe et al. (2014) i fattori di una scarsa *compliance* sono il paziente, il medico e il sistema sanitario. Il primo ha come fattori la mancanza di sostegno sociale, i dubbi e gli effetti avversi verso i farmaci, le limitazioni culturali e cognitive, la scarsa conoscenza della propria patologia e la presenza di comorbidità. Il medico è responsabile di una scarsa comunicazione con il paziente e della complessità del piano terapeutico. Il sistema sanitario influenza l'aderenza tramite la disponibilità ed i sistemi di rimborso, il prezzo del farmaco e

l'accesso ai follow-up del paziente, ma anche al fatto che le confezioni e le pillole cambiano frequentemente. Sono numerosi i possibili interventi tra i quali annovero un maggior numero di colloqui motivazionali, l'uso di promemoria, chiamate telefoniche o sms, l'utilizzo di semplici diari, l'educazione sull'utilità dei farmaci, i potenziali danni su una loro scarsa o saltuaria assunzione e la conoscenza della propria malattia (Ibidem).

3.4.5 Esercizio fisico

Sebbene diversi studi hanno dimostrato che l'esercizio fisico apporta benefici quali una maggior forza nel muscolo cardiaco, un aumento della qualità di vita e una riduzione dei sintomi come la dispnea e la *fatigue*, soltanto il 10% dei pazienti con scompenso cardiaco continua a praticare esercizio fisico dopo che è stato dimesso dall'ospedale (Dzubur & Buckingham Poronsky, 2018). Questo dato ha conseguenze sia nel breve che nel lungo termine sui tassi di ri-ospedalizzazione di questi pazienti; vi è quindi una stretta connessione tra aumento della frequenza di ospedalizzazione e aumento del tasso di mortalità, con il rischio maggiore di morte immediatamente dopo la dimissione (Ibidem).

L'esercizio fisico è associato ad una prevenzione della malattia coronarica del cuore, dell'infarto del miocardio, dell'ipertensione, del diabete e dell'obesità (Ibidem). Vi sono

poi dei benefici che interessano in modo particolare il paziente con scompenso cardiaco; questi vantaggi sono: cambiamenti strutturali e fisiologici nella diminuzione del rimodellamento cardiaco, miglioramento della funzionalità respiratoria e nel livello di saturazione, miglioramento nella funzione endoteliale, maggior densità capillare e maggiore irrorazione del flusso sanguigno a livello muscolare (Ibidem).

Esercizi aerobici ed esercizi di resistenza devono essere praticati con un'intensità che va da moderata ad intensa intendendo con ciò un minutaggio dai 30 ai 60 minuti di corsa, jogging e ciclismo con una frequenza di almeno 3 volte alla settimana. Occorre inoltre aggiungere che la tipologia di sport che è invitato a praticare il paziente deve essere adattato alle sue caratteristiche e soprattutto ai suoi limiti imposti dalla malattia e non solo (Ibidem).

Confrontate con le altre percentuali di *compliance*, l'aderenza agli esercizi è piuttosto bassa (attorno al 26.3%) a fronte di un'aderenza alla terapia del 89.9% e del monitoraggio autonomo dei sintomi che si attesta al 79.9%.

3.4.6 Attività sessuale

Lo scompenso cardiaco è noto per avere un impatto fisico sulle attività di vita quotidiane sia per il paziente stesso che per il proprio partner (Jaarsma, 2017). L'intimità

sessuale è un elemento importante e determina la qualità di vita di molti individui; questa intimità è influenzata da fattori psicologici, emotivi, emozionali e fisici (Steinke, 2013).

I pazienti spesso riferiscono una diminuzione nelle performance sessuali, una perdita o una difficoltà nel trovare piacere durante il sesso e riferiscono una diminuzione sia nell'interesse verso quest'ultimo che nella durata della frequenza. Per un'alta percentuale di pazienti con scompenso cardiaco la salute sessuale è molto importante, fra questi, il 52% è costituito da uomini e il 38% da donne. Secondo l'AHA è ragionevole riprendere l'attività sessuale in pazienti ben compensati e con punteggio della scala NYHA basso (Classe I e II), mentre non è raccomandabile nei pazienti con NYHA III e IV (Ibidem).

3.4.7 Ansia e depressione

La depressione è una reazione comune in pazienti con scompenso cardiaco e ha un impatto negativo sulla prognosi (Newhouse & Jiang, 2014). In una meta-analisi di 16 trials randomizzata con 3226 pazienti è stato dimostrato come l'esercizio fisico riduce i sintomi della depressione e questo effetto anti-depressivo è maggiormente efficace in pazienti sia sotto che sopra i 65 anni. L'esercizio fisico modesto migliora lo

score della scala “Beck Depression Inventory II” in appena 3 mesi di esercizio fisico e migliora ulteriormente a distanza di un anno, anche se con uno score meno significativo (Tu et al., 2014).

Inoltre, esso apporta vantaggi in termini di miglioramento del tono dell'umore, maggiore auto-efficacia e aumento della qualità della vita (Ibidem).

3.4.8 Vacanze invernali, alcol e stress

Due studi da me considerati (Phillips, Jarvinen, Abramson, & Phillips, 2004 e Shah, Bhalla, Patnaik, Maludum, Lu, & Figueredo, 2016), suggeriscono una correlazione tra lo scompenso cardiaco e i mesi invernali con picchi di manifestazione durante il periodo delle vacanze. Phillips, Jarvinen, Abramson, & Phillips (2004) hanno notato negli USA un aumento della mortalità cardiaca attorno alle vacanze di Natale e quelle del primo dell'anno, mentre lo studio condotto in Inghilterra conferma il picco durante il Natale ma mostra una sensibile diminuzione nel periodo dell'anno nuovo. Questa situazione si spiega per il fatto che lo stress emozionale combinato con un'eccessiva indulgenza sono i responsabili dei disordini cardiovascolari. Se inoltre aggiungiamo l'aumento del consumo di alcol e, in alcuni casi, un suo consumo smodato, in questi periodi aumentano gli episodi di aritmie cardiache

(Shah, Bhalla, Patnaik, Maludum, Lu, & Figueredo, 2016).

4. METODI E STRUMENTI

4.1 Dati generali utente, Self-Care of Heart Failure Index e Questionario di valutazione finale

Per il mio progetto di cambiamento ho somministrato tre differenti documenti: il primo è una raccolta dei dati generali del paziente (Allegato 1), il secondo è una scala di valutazione e nello specifico la Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI – Allegato 2), mentre il terzo documento è un questionario di valutazione finale del percorso fatto dal paziente (Allegato 3).

4.2 Criteri di inclusione e di esclusione

I criteri di inclusione sono stati:

- pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco in forma cronica ricoverati nel reparto RAMI da almeno 3 giorni
- pazienti lucidi coscienti ed orientati
- pazienti con un MMSE (nel caso in cui fosse stato somministrato) superiore o pari a 25
- pazienti con scompenso cardiaco nell'ultimo anno

I criteri di esclusione predisposti sono stati:

- pazienti con una degenza inferiore ai 3 giorni;
- pazienti che presentano deficit cognitivi;

- pazienti che presentano barriere linguistiche;
- rifiuto da parte del paziente a partecipare allo studio;

4.3 Incontri e definizione percorso di cura del paziente con il "Team Work"

Per un periodo di circa 7 mesi ho avuto modo di lavorare con il mio Team Work attraverso alcuni incontri di gruppo e diversi incontri singoli in modo da aggiornare costantemente le singole persone sugli sviluppi del progetto; questi momenti di incontro hanno condotto alla realizzazione tre importanti elaborati:

- a) il percorso che il paziente con scompenso cardiaco segue dal momento dell'ammissione (Allegato 4: Percorso del paziente);
- b) l'algoritmo decisionale per la presa a carico del paziente dopo la somministrazione della scala SCHFI (Allegato 5: Algoritmo decisionale per educazione terapeutica);
- c) il percorso e gli interventi che nel dettaglio mettono in atto gli infermieri, i fisioterapisti (Bettinardi et al., 2014) e l'ergoterapista (Cunningham Piergrossi, 2006), (Allegato 6: Interventi infermieristici, fisioterapici ed ergoterapici).

5. ANALISI DEI DATI ED IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO

Il gruppo omogeneo di pazienti che ha partecipato a questo mio progetto era composto inizialmente da 13 pazienti. Di questi 13 pazienti, 2 sono stati dimessi presso una Casa per anziani e uno non ha dato il consenso. Ai 2 pazienti dimessi quindi ho solo somministrato la raccolta anagrafica e la scala SCHFI al primo incontro ma non ho nè potuto fare loro educazione terapeutica nè effettuare una valutazione finale. Al questionario di valutazione finale hanno potuto prendere parte 9 pazienti su 10 in quanto un paziente è stato trasferito d'urgenza in un altro ospedale e il percorso si è interrotto appena dopo la valutazione infermieristica iniziale.

Il numero di pazienti oggetto di studio è quindi risultato essere inizialmente di 10 persone: 60% uomini e 40% donne, con un'età media complessiva di 79,1 anni.

CAMPIONE	SESSO		ETA' MEDIA
	U	D	
10 pazienti	U (60%)	D (40%)	U=77 anni D= 82 anni

A partire dal 4 giugno 2018 fino al 20 settembre 2018 sono stati raccolti i dati anagrafici e somministrata la scala SCHFI e, in un periodo che si estende fino al 12 ottobre, è stato portato avanti l'insegnamento terapeutico ed effettuata la rivalutazione finale.

Come si evince dalla Tabella 6: Aggregazione dati Scala SCHFI e Tabella 7: Risultati SCHFI, in allegato, solo il 30% degli intervistati ha superato il punteggio considerato *cut-off*(70) nella sezione A, il 20% nella sezione B e il 30% nella sezione C. Per quanto riguarda il punteggio medio finale solo due persone su 10 (20%) hanno ottenuto un punteggio positivo e possono quindi essere ritenute in grado di gestire nel complesso la propria patologia autonomamente a domicilio. Per queste due persone verrà soltanto fatto un incontro informativo-educativo sui punti di maggiore criticità, mostrato il filmato sull'insufficienza cardiaca e verrà comunque loro consegnato il kit dell'insufficienza cardiaca (FSC, 2017), come per tutti gli altri pazienti.

Durante la fase di elaborazione dei dati raccolti sono emerse alcune aree problematiche comuni. Per quello che riguarda la Sezione A (Monitoraggio sintomi e Aderenza ai trattamenti) gli item critici sono stati: il peso, l'attività fisica e la dieta. Per quanto riguarda la Sezione B (Gestione dei sintomi) il 30% dei pazienti non ha riconosciuto rapidamente il gonfiore alle caviglie e i problemi respiratori e ben il 40% non li ha riconosciuti rapidamente. Confortanti invece i dati sulla gestione dopo il riconoscimento (magari tardivo) dei sintomi: ben il 70% afferma che chiamerebbe molto probabilmente il medico o l'infermiere, il 60% da

probabile a molto probabile prenderebbe una compressa di diuretico in più e ben il 50% ridurrebbe il sale nella dieta. Infine, per quanto riguarda la Sezione C (Self-efficacy) l'80% non valuta o valuta solo qualche volta l'efficacia dei rimedi attuati, ma il 90% seguirebbe i consigli terapeutici.

Una volta identificati i bisogni del gruppo di pazienti, l'obiettivo a medio-lungo termine che ci siamo posti è stato quello di aumentare il punteggio per ogni singolo paziente soprattutto nelle aree a lui più critiche con la speranza che si arrivasse ad un punteggio >70 in almeno un'area della SCHFI.

Ci siamo quindi trovati a pianificare gli incontri in base alle aree di apprendimento (area cognitive, manuale/gestuale e relazionale) e, al momento dell'attuazione del progetto educativo abbiamo fatto corrispondere ciascuna area ad una o più modalità di attuazione e ad una o più figure professionali, come già descritto nel quadro concettuale (Tabella 8: Intervento attuato e relativa figura professionale).

Per quanto concerne l'articolazione e la durata degli incontri abbiamo previsto un solo colloquio "informativo-educativo" per chi avesse avuto un punteggio medio finale >70 della scala SCHFI con consegna del materiale cartaceo (2 pazienti).

Anche se la scala SCHFI e il Questionario finale di valutazione non sono direttamente

Domande sezione A		Mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre o tutti i giorni		
1	Pesarsi	0	5	0	5		
2	Controllare se le cavie sono gonfie	1	3	0	6		
3	Cercare di evitare di ammalarsi	1	2	6	1		
4	Fare un po' di attività fisica	1	5	2	1		
5	Eseguire periodicamente le visite mediche	2	1	0	7		
6	Mangiare cibi con poco sale	0	3	4	3		
7	Fare ginnastica per 30 min al giorno	6	1	3	0		
8	Dimenticare di prendere uno dei suoi farmaci	7	2	0	1		
9	Mangiare cibi con poco sale fuori casa	2	5	2	1		
10	Promemoria per prendere le medicine	1	2	2	5		
Domande sezione B							
Nel mese scorso ha avuto problemi respiratori o gonfiore alle caviglie?		Non li ho avuti	Non li ho riconosciuti	Non rapidamente	Abbastanza rapidamente	Rapidamente	Molto rapidamente
11		1	3	4	1	1	0
Domande sezione C							
Quanto è sicuro che il rimedio attuale le sia stato utile?		Non ho attuato alcun rimedio	Non ne sono sicuro	Ne sono poco sicuro	Ne sono sicuro	Ne sono molto sicuro	
16		3	2	2	2	1	
Domande sezione D							
Prevenire l'insorgenza dei sintomi dello scompenso		No	Qualche volta	Frequentemente	Quasi sempre		
17		1	3	4	2		
Seguire i consigli del medico		0	1	5	4		
18		0	4	1	5		
Valutare l'importanza dei sintomi dello scompenso cardiaco		0	4	1	5		
19		0	6	1	3		
Riconoscere i cambiamenti della sua salute		0	2	2	4		
20		2	2	2	4		
Fare qualcosa per alleviare i sintomi dello scompenso cardiaco		3	5	1	1		
21		3	5	1	1		
Valutare l'efficacia dei rimedi attuati							
22							

Tabella 6: Aggregazione dati Scala SCHF

Paziente	Punteggio Sezione A	Punteggio Sezione B	Punteggio Sezione C	Punteggio Medio Finale
1	43,339	20	44,48	35,94
2	46,662	55	38,42	46,694
3	86,658	75	66,72	76,126
4	49,995	65	44,48	53,16
5	76,695	25	94,52	65,405
6	29,997	35	55,6	40,199
7	66,666	45	61,16	57,61
8	79,32	75	77,84	77,39
9	59,994	45	72,28	59,09
10	43,329	45	50,04	46,123

Tabella 7. Risultati SCHFI

Valore attribuito ad ogni singola domanda		Pazienti										Totale/Risposta
Risultato ponderato	Valore (0,5-1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Domanda												
1	0,5	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	Trasferito	5/9
2	1	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	Trasferito	8/9
3	1	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	Trasferito	3/9
4	1	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	Trasferito	5/9
5	0,5	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓	Trasferito	2/9
6	1	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	Trasferito	8/9
7	0,5	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	Trasferito	5/9
8	1	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	Trasferito	7/9
9	0,5	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	Trasferito	6/9
10	0,5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Trasferito	9/9
11	0,5	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	Trasferito	7/9
Totale Sezione A		7/11	7/11	10/11	7/11	7/11	5/11	7/11	8/11	7/11		
Risultato Ponderato		5	6,5	8	6	6,5	3,5	6,5	6,5	5,5		accettabile se ≥ 6
Sezione B												
12	1	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	Trasferito	3/9
13	1	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓	Trasferito	4/9
14	1	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	Trasferito	5/9
15	0,5	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	Trasferito	4/9
16	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	Trasferito	8/9
Totale Sezione B		3/5	2/5	3/5	2/5	4/5	2/5	1/5	4/5	3/5		
Risultato Ponderato		2,5	2	3	2	4	2	1	3,5	3		accettabile se ≥ 3
Sezione C												
17	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	Trasferito	8/9
18	1	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	Trasferito	7/9
19	1	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	Trasferito	5/9
20	1	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	Trasferito	4/9
21	1	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Trasferito	8/9
22	1	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	Trasferito	5/9
Totale Sezione C		6/6	4/6	5/6	3/6	4/6	2/6	4/6	5/6	4/6		
Risultato Ponderato		6	4	5	3	4	2	4	5	6		accettabile se ≥ 4
Legenda:												
✓=risposta corretta												
✗=risposta errata												

Tabella 9. Risultati Questionario finale

Paziente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Risultato SCHFI Sezione A	43,34	46,66	86,66	50	76,7	30	66,67	79,32	59,994	43,329
Risultato Questionario Sezione A	5	6,5	8	6	6,5	3,5	6,5	6,5	5,5	Trasferito
Migliorato/Peggiorato/Invariato	↔	↑	↔	↑	↔	↔	↑	↔	↔	Trasferito
Risultato SCHFI Sezione B	20	55	75	65	25	35	45	75	45	45
Risultato Questionario Sezione B	2,5	2	3	2	4	2	1	3,5	3	Trasferito
Migliorato/Peggiorato/Invariato	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	Trasferito
Risultato SCHFI Sezione C	44,48	38,42	66,72	44,48	94,52	55,6	61,16	77,84	72,28	50,04
Risultato Questionario Sezione C	6	4	5	3	4	2	4	5	6	Trasferito
Migliorato/Peggiorato/Invariato	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	Trasferito
Legenda:										
↑= miglioramento										
↓= peggioramento										
↔= situazione invariata										

Tabella 10: Tabella di confronto tra valutazione iniziale e valutazione finale

paragonabili e perfettamente sovrapponibili, il fatto di aver costruito il questionario a partire dalla scala stessa permette delle considerazioni finali su tutto il percorso intrapreso dai pazienti durante questi mesi di lavoro.

Per un confronto finale si sono elaborate i della Tabella 9: Risultati Questionario finale e Tabella 10: Tabella di confronto tra valutazione iniziale e valutazione finale.

Alle 22 domande previste nel questionario finale si è deciso di assegnare un valore di 0,5 (per le domande 1, 5, 7, 8, 9 e 12) e di 1 (rispettivamente alle domande 2, 3, 4, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) in modo da avere un valore complessivo ponderato, considerando che alcune domande hanno un peso leggermente inferiore di altre. Questo ha permesso di definire alcuni valori soglia di accettabilità per

ogni Sezione, come previsto, tra l'altro nel *cut-off* della scala SCHFI.

In base a quanto stabilito, si può affermare che nella Sezione A 6/9 persone (66,67%) hanno ottenuto un punteggio di accettabilità ovvero si può ritenere che sappiano monitorare in maniera più o meno corretta i sintomi e siano piuttosto aderenti ai trattamenti. Nella Sezione B solo 4/9 persone (44,4%) hanno raggiunto il punteggio di accettabilità e quindi si ritiene siano in grado di gestire i sintomi; nella Sezione C 7/9 persone (77,78%) hanno raggiunto il punteggio di accettabilità e ritengono o hanno la percezione di ritenere di essere in grado di prevenire, valutare e riconoscere i cambiamenti, anche sintomatologici della loro condizione di salute; sono in grado di mettere in pratica le giuste scelte e sanno rivalutare l'efficacia delle loro azioni intraprese.

Se nella scala SCHFI il *cut-off* di 70 era valido sia per ogni singola sezione che per calcolare il valore soglia medio complessivo, nel questionario finale si sono imposti dei *cut-off* differenti per ogni sezione. Questo è avvenuto in accordo con le altre figure perchè la scala utilizzata ha degli altri valori di riferimento rispetto al questionario iniziale. Volendo confrontare le rispettive singole sezioni della valutazione iniziale con quelle del questionario finale, allora i risultati sarebbero quelli mostrati in tabella. I risultati e i grafici finali (Grafico da 1 a 9) mostrano che non c'è stato nessun peggioramento nel singolo paziente confrontato in ogni singola sezione. Ci sono stati dei miglioramenti nella Sezione A (Monitoraggio sintomi e Aderenza ai trattamenti) per 3/9 pazienti (ovvero per il 33.3%), lo stesso vale per la Sezione B (Gestione dei sintomi) per 2/9 pazienti (ovvero il 22.2%) mentre la Sezione C (Self-efficacy) è quella che ha registrato i maggiori miglioramenti 4/9 pazienti (ovvero per il 44.4%).

6. CONCLUSIONI

6.1 Risultati ottenuti

Al termine di questo elaborato mi pare opportuno e necessario fare delle considerazioni sul percorso intrapreso che non solo non si esaurisce con la consegna di questo lavoro, ma si pone come un "solco" volto a

tracciare nuovi sviluppi nella presa a carico di pazienti con altre patologie.

Si è avuta la conferma che anche l'educazione terapeutica è un processo basato sull'EBP (Evidence Based Practice) (Beghelli et al., 2015) e, di conseguenza, necessita di un approccio interdisciplinare alla pratica clinica con conoscenze sanitarie che devono essere sempre più rivolte "alla ricerca di interventi che possono essere giustificati e difesi su basi scientifiche" (Beghelli et al., 2015, p.42). Questo orientamento coinvolge tutte le professioni sanitarie e comporta un processo di ricerca specifico in cui gli interventi educativi vengono definiti e i risultati misurati (Beghelli et al., 2015).

Si è preso coscienza che il *self-care* è una componente essenziale nella gestione dello scompenso cardiaco e la sua promozione attraverso l'educazione terapeutica è un aspetto fondamentale di una presa a carico centrata sul paziente atta ad accompagnarlo verso una maggiore autonomia. L'obiettivo ultimo dell'educazione è la promozione della conoscenza e la comprensione degli aspetti della patologia al fine di migliorare le abilità di gestione assumendo un ruolo attivo nel processo di cura.

Alcuni fattori come la scolarità e un basso livello di *health literacy* hanno un impatto importante sulle abilità del paziente nel capire, assorbire, elaborare e richiamare le in-

formazioni; come professionisti non dovremmo solo riconoscere e superare questi ostacoli, ma sensibilizzare su questi aspetti le altre figure professionali coinvolte nel sistema sanitario, che per i pazienti appare troppo spesso confuso e complicato.

I pazienti dovrebbero essere coinvolti con i loro bisogni, i loro valori e le loro preferenze in modo che mantengano una posizione centrale nel processo di cure: per fare ciò occorre informarli sui rischi e sui benefici delle loro opzioni di scelta, in quanto una mancanza di conoscenze e di comprensione sarebbero una fonte di incertezza e paura. Gli elementi chiave sono sicuramente l'informazione etica e l'educazione terapeutica. Infine, è stata colta l'opportunità di lavorare secondo una nuova modalità, per un tempo medio-lungo a cui normalmente non siamo abituati, portando avanti un progetto che ha posto le fondamenta per quelli futuri.

7. RUOLO DELLO SPECIALISTA CLINICO

Il continuo evolversi e mutare del sistema sanitario richiede agli infermieri una grande flessibilità, un costante e continuo aggiornamento sulle conoscenze e sulle competenze con l'obiettivo di creare il giusto percorso su cui muoversi assieme per rispondere alle esigenze del paziente (Hale, Kirwan, Manley, & McBride, 2008).

Il lavoro dello Specialista Clinico comporta dunque analizzare, sintetizzare e applicare

la conoscenza infermieristica, effettuare ricerca basata sulle evidenze per favorire cambiamenti all'interno del sistema in cui si opera e migliorare le cure infermieristiche e la professione nel suo insieme (Canadian Nurses Association, 2014). Lo Specialista Clinico è tenuto a migliorare l'outcome delle cure sia sul paziente che sulla popolazione e sull'intero sistema sanitario integrando le conoscenze con le abilità e l'esperienza nelle cure cliniche, la ricerca, la leadership, il confronto con gli altri professionisti, l'educazione e la collaborazione (Ibidem). È una figura flessibile che si adatta in base ai bisogni dell'utente, dell'équipe e dei contesti di cura, cambiando e concordando con gli altri professionisti la direzione strategica dell'organizzazione, del sistema politico ed economico in cui agisce. Nonostante tutte queste variabili in cui si trova ad operare, il ruolo dello Specialista Clinico è volto a garantire la sicurezza, la qualità delle cure e il miglioramento dello stato di salute del paziente (Ibidem).

Lavora in svariati contesti, in particolare in ambiti di medicina generale, di salute mentale, in contesti di disabilità e di comorbidità (Bryant-Lukosius et al., 2015). Può lavorare in autonomia sia all'interno di un'équipe multidisciplinare che staccato da essa, al fine di sviluppare un'alta qualità delle cure, attraverso criteri di efficienza ed efficacia con ricadute positive soprattutto in

termini di risparmio di tempo e di denaro (Bryant-Lukosius et al., 2015 e Saargenti, 2018). Tutti gli specialisti clinici sono tenuti a sviluppare dei piani di cura che siano realizzati e modellati sulla base del livello di bisogno del paziente, facendo in modo che il supporto e l'educazione dello stesso si possa estendere oltre l'ambito della degenza (Ibidem).

Gli infermieri che rivestono questo ruolo investono circa il 60% del tempo in attività cliniche, il 17% nell'educazione, il 14% in attività di management e il 4% nell'ambito della ricerca (RCN, 2010 e Fletcher, 2011). L'impiego della figura dello Specialista Clinico attraverso un elevato livello di cure permette un tasso inferiore di riammissione, una gestione migliore del tempo a disposizione, convertendo quindi questo tempo in cure ancora più personalizzate attraverso l'educazione alla salute e al supporto dei pazienti all'interno della comunità (Ibidem). Questa figura gioca un ruolo chiave non solo nel contenimento dei costi ma anche nella riduzione della durata della degenza nel momento in cui utilizza interventi basati sulle evidenze per prevenire eventi avversi e diminuire le complicanze. La permanenza in ospedale può essere inoltre diminuita attraverso interventi come l'educazione al paziente al fine di prepararlo assieme alla fami-

glia al momento della dimissione e per rafforzare le proprie abilità di cura (Canadian Nurses Association, 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Aune, D., Sen, A., Norat, T., Janszky, I., Romundstad, P., Tonstad, S., & Vatten, L.J. (2016). Body mass index, abdominal fatness, and heart failure incidence and mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Circulation American Heart Association*, 133 (7), 639-649
- Beghelli, A., Ferraresi, A., & Manfredini, M. (2015). *Educazione terapeutica*. Carocci Faber.
- Bettinardi, O., da Vico, L., Pierobon, A., Iannucci, M., Maffezzoni, B., Borghi, S., Ferrari, M.,...& Griffo, R. (2014). Documento preliminare alla definizione degli interventi Minimal Care infermieristici, fisioterapici, dietistici e psicologici attuabili nell'ambito della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. *Monaldi Archives Chest Disease* 82, 122-152.
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Misener, R.M., Kilpatrick, K., Harbman, P.,...& Di Censo, A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of Evaluation in*

- Clinical Practice* 21, 763-781.
doi:10.1111/jep.12401.
- Canadian Nurses Association. (2014). Pan-Canadian Core Competencies for the Clinical Nurse Specialist. Disponibile da https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/clinical_nurse_specialists_convention_handout_e.pdf
- Corrao, G., & Maggioni, A.P. (2014). Inquadramento epidemiologico dello scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia* 15 (2 Suppl 2), 10-15.
Disponibile da: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8-JovlV2tdAJ:https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/faktenblatt_projekt_koordinierte_versorgung.pdf.download.pdf/Scheda_informativa_Coordinamento_delle_cure.pdf+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it
- Cunningham Piergrossi, Julie. (2006). *Essere nel fare. Introduzione alla terapia occupazionale*. Franco Angeli Edizioni
- Doukky, R., Avery, E., Mangla, A., Collado, F., Ibrahim, Z., Poulin, M.F., Richardson, ... & Powell, L. (2016). Impact of Dietary Sodium Restriction on Heart Failure Outcomes. *Journal of American College of Cardiology* 4 (1), 24-35.
- Dzubur, E.K., Buckingham Poronsky, C. (2018). Exercise therapy benefits for heart failure. *Journal for Nurse Practitioners*, 14, 396-401.
- Fletcher, M. (2011)._ Assessing the value of specialist nurses. *Nursing Time*. Disponibile da <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/assessing-the-value-of-specialist-nurses/5033220.article>
- Gioia, A. (2002). *L'infermiere e il malato cardiaco*. Masson
- Hale, N., Kirwan, G., Manley, K., & McBride, L. (2008). Integrated core career and competence framework for registered nurses. *Practice Nursing*, 19(4), 202-204.
- Ianiro, G. (2014). *La gestione dello scompenso cardiaco in medicina generale*. Relazione presentata al corso di aggiornamento regionale per medici di medicina generale. Chieti, Abruzzo. Disponibile da http://www.info.asl2abruzzo.it/files/140905_formazione-mmg_gestione-scompenso-cardiaco.pdf
- Jaarsma, T. (2017). Sexual function of patients with heart failure: facts and numbers *European Society of Cardiology* 4, 3-7.
- Jones, C.D., Holmes, G.M., DeWalt, D.A., Erman, B., Wu, J.R., Cene, C.W., Baker, D.W. et al. (2014) Self-reported recall and daily diary-recorded measures of weight monitoring adherence: associations with heart failure-related hospitalization. *Bio*

- Medical Center Cardiovascular Disorders*, 14, 1-8.
- Miceli, D., & Cacciatore, G. (2003). Infermiere e scompenso cardiac. Centro Scientifico Editore.
- Newhouse, A., & Jiang, W. (2014). Heart failure and depression. *Heart Failure Clinic*, 1(2), 295-304.
- Ospedale Casa Anziani Malcantonese. Accesso dati interni riservato.
- Ospedale Casa Anziani Malcantonese. (n.d.). Filosofia. Disponibile da <http://www.oscam.ch/filosofia/>
- Ospedale Casa Anziani Malcantonese. (n.d.). Reparto RAMI (Reparto Acuto di Minore Intensità). Disponibile da <http://www.oscam.ch/repartorami/>
- Phillips, D.P., Jarvinen, J.R., Abramson, I.S., & Philips, R.R. (2004). Cardiac Mortality is Higher Around Christmas and New Year's Than at Any Other Time The Holidays as a Risk Factor for death. *Circulation American Heart Association*, 3781-3788.
- Riegel, B., Lee, C. S., Vaughan Dickson, V. & Carlson, B. (2009). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6). 485-497.
- Royal College of Nursing. (2010). *Specialist nurses: changing lives, saving money*. Disponibile da
- http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/302489/003581.pdf
- Shah, M., Bhalla, V., Patnaik, S., Maludum, O., Lu, M., & Figueredo, V.M. (2016). Heart failure and the holidays. *Clinical Research in Cardiology*, 105, 865-872.
- Steinke, E. E. (2013). How Can Heart Failure Patients and Their Partners Be Counseled on Sexual Activity?. *Current Heart Failure Reports* 10, 262-269.
- Tu, R.H., Zeng, Z.Y., Zhong, G.Q., Wu, W.F., Lu, Y.J., Bo, Z.D., He, Y.,... & Yao, L. M. (2014). Effects of exercise training on depression in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Heart Failure*, 16(7), 749-757.
- Ufficio Federale della Sanità Pubblica e Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. (2016). *Le malattie non trasmissibili: una sfida*.
- Ufficio Federale di Statistica. (2016). Stato e struttura della popolazione – Indicatori. Popolazione secondo l'età. Disponibile da <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/01/02/blank/hey/alter/gesamt.html>
- Volpe, M., Degli Espositi, L., Romeo, F., Trimarco, B., Bovenzi, F.M., Mastromarino, V., & Battistoni, A. (2014). Il ruolo

dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento intersocietario di consenso. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 15(10), 3-10.

World Health Organization. (1998). Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Disease. Disponibile da

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf.

Letteratura grigia

Sargenti, C. (2018, gennaio). *Ruolo dello specialist clinico*. Relazione presentata durante la lezione del DAS in Clinica Generale in SUPSI. Manno, Ticino

Materiale audiovisivo

Servier. (produttore). (n.d.). *Insuffisance cardiaque. Parlons-en*. (Tablet). Svizzera.

ALLEGATI

Allegato 1: Dati generali utenti

DATI GENERALI UTENTE

1) Sesso

 Uomo Donna

2) Et :.....

3) Stato civile:

 Celibe/Nubile Coniugato/Coniugata Vedovo/Vedova Separato/Separata Divorziata/Divorziato

4) Livello di istruzione:

 Nessun titolo Licenza elementare Licenza di scuola media Diploma o qualifica di scuola superiore Laurea-Diploma universitario o titolo di studio superiore

5) Occupazione attuale:

 Disoccupato/a Pensionato/a

6) Professione pregressa:

 Casalingo/a Lavoratore dipendente Libero/a professionista Imprenditore Altro:.....

7) Con chi vive:

- Solo/a
- Con il marito/moglie
- Con il figlio/a
- Con i genitori
- Altro:.....

8) Peso (variazione negli ultimi tre mesi).....

9) Altezza:.....

10) BMI attuale:.....

11) Classificazione NYHA dello Scompenso:.....

12) Mese e anno nel quale le hanno diagnosticato la patologia.....

13) Altre patologie:

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....

14) Da quanto tempo si reca in ambulatorio/è seguito dal cardiologo per lo scompenso cardiaco?

15) Ha mai saltato qualche appuntamento di follow-up?

16) Ricoveri successivi al primo per peggioramento della patologia:.....
...

16.1) Numero di ricoveri:.....

16.2) Data ultimo ricovero:.....

Tutte le risposte sono confidenziali

Pensi alle sensazioni che ha provato nell'ultimo mese e risponda alle seguenti domande.

SEZIONE A:

Sono elencate le istruzioni più comuni che date alle persone con scompenso cardiaco.

Con che frequenza fa quanto segue?

	Mai o rara- mente	Qualche volta	Spesso	Sempre o tutti i giorni
1) Pesarsi	1	2	3	4
2) Controllare se le caviglie sono gonfie	1	2	3	4
3) Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. vaccinandosi per l'influenza, evitare persone malate)	1	2	3	4
4) Fare un po' di attività fisica (giardinaggio, piccole pulizie domestiche)	1	2	3	4
5) Eseguire periodicamente le visite mediche	1	2	3	4
6) Mangiare cibi con poco sale	1	2	3	4
7) Fare un po' di ginnastica per 30 minuti al giorno	1	2	3	4
8) Dimenticare di prendere uno dei suoi farmaci	1	2	3	4
9) Mangiare cibi con poco sale quando è fuori casa (al ristorante, a casa di amici ecc...)	1	2	3	4
10) Utilizzare un sistema (promemoria, contenitori, scatole ecc...) che l'aiuta nel ricordare di prendere le medicine?	1	2	3	4

SEZIONE B:

Molti pazienti hanno dei sintomi dovuti allo scompenso cardiaco, come problemi respiratori o gonfiore alle caviglie.

Nel mese scorso ha avuto problemi respiratori o gonfiore alle caviglie? (Segnalare solo una risposta)

0) No

1) Sì

11) Se nell'ultimo mese ha avuto problemi respiratori o gonfiore alle caviglie, quanto rapidamente li ha riconosciuti come sintomi dello scompenso cardiaco?

Non li ho avuti	Non li ho riconosciuti	Non rapidamente	Abbastanza rapidamente	Rapidamente	Molto rapidamente
N/A	0	1	2	3	4

Se le ha affanno o caviglie gonfie con che probabilità prova uno dei seguenti rimedi?

	Improbabile	Abbastanza probabile	Probabile	Molto probabile
12) Ridurre il sale nella dieta	1	2	3	4
13) Bere di meno	1	2	3	4
14) Prendere una compressa di diuretico in più	1	2	3	4
15) Chiamare il medico o l'infermiere per chiedere cosa fare	1	2	3	4

16) Pensi all'ultima volta che ha provato uno dei rimedi appena elencati a causa dell'affanno o delle caviglie gonfie.

Quanto è sicuro che il rimedio attuato le sia stato utile?

Non ho attuato alcun rimedio	Non ne sono sicuro	Ne sono poco sicuro	Ne sono sicuro	Ne sono molto sicuro
0	1	2	3	4

SEZIONE C:

In generale, Lei ritiene di essere in grado di:

	No	Qualche volta	Frequente mente	Quasi sempre
17) Prevenire l'insorgenza dei sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
18) Seguire i consigli terapeutici che le sono stati dati?	1	2	3	4
19) Valutare l'importanza dei sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
20) Riconoscere i cambiamenti della sua salute?	1	2	3	4
21) Fare qualcosa per alleviare i sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
22) Valutare l'efficacia dei rimedi attuati?	1	2	3	4

Il punteggio verrà calcolato attraverso dei codici standard nella seguente modalità (Riegel et al., 2009):

- Sezione A: $(\text{SUM}(\text{SCHFI } 1, \text{SCHFI } 2, \text{SCHFI } 3, \text{SCHFI } 4, \text{SCHFI } 5, \text{SCHFI } 6, \text{SCHFI } 7, \text{SCHFI } 8, \text{SCHFI } 9, \text{SCHFI } 10) - 10) * 3,333$ con un punteggio massimo di 99,99 e minimo di 0;

- Sezione B: $(\text{SUM}(\text{SCHFI } 11, \text{SCHFI } 12, \text{SCHFI } 13, \text{SCHFI } 14, \text{SCHFI } 15, \text{SCHFI } 16) - 4) * 5$ con un punteggio massimo di 100 e minimo di 0;

- Sezione C: $(\text{SUM}(\text{SCHFI } 17, \text{SCHFI } 18, \text{SCHFI } 19, \text{SCHFI } 20, \text{SCHFI } 21, \text{SCHFI } 22) - 6) * 5,56$ con un punteggio massimo di 100 e minimo di 0.

Per SCHFI si intende la domanda formulata in ogni sezione a seconda della quale è assegnato un numero (es. SCHFI 1) per indicare il numero di domanda.

Allegato 3: Questionario di valutazione finale

**Questionario sul grado di conoscenza della malattia,
monitoraggio e gestione dei sintomi e self-efficacy**

Gentile Sig.ra/Signore,

le seguenti domande hanno lo scopo di verificare che cosa conosce sulla Sua malattia, sulla sua gestione e sul monitoraggio dei sintomi e delle situazioni a rischio per la Sua salute, dopo che ha effettuato un percorso di educazione terapeutica con i professionisti.

La preghiamo di rispondere ad ogni domanda mettendo una crocetta in corrispondenza della risposta che ritiene essere corretta.

Ogni domanda prevede una sola risposta corretta.

Risponda, per favore, con tranquillità e sincerità a tutte le domande.

Si confronti poi con l'infermiere che la segue per verificare le risposte e per chiarire gli eventuali dubbi che Le sono sorti.

Istruzioni per l'intervistatore

- Verificare che sia stato fornito il consenso a partecipare a questa test e quindi alla raccolta dati in forma anonima
- Riportare in cartella, sul decorso infermieristico, la seguente frase: “il paziente, dopo avergli spiegato il trattamento dei dati e il fine della sperimentazione, dà il consenso a rispondere al questionario”
- In caso di presenza di familiare o caregiver allontanarlo gentilmente dal setting della sperimentazione
- Far compilare il questionare esclusivamente al paziente
- Conservare il questionario con le relative risposte nell'apposita cartelletta in infermeria

Prima parte: Monitoraggio dei sintomi e aderenza ai trattamenti

- 1) Che cosa significa scompenso cardiaco?
 - a) Che il cuore non riesce a pompare una quantità sufficiente di sangue in tutto il corpo
 - b) Che non si riesce a fare esercizio fisico sufficiente e si è in cattive condizioni fisiche
 - c) Che c'è un coagulo nei vasi sanguigni del cuore

- 2) Con quale frequenza una persona affetta da scompenso cardiaco deve pesarsi?
 - a) Una volta alla settimana
 - b) Ogni tanto
 - c) Ogni giorno

- 3) Perché è importante che una persona con scompenso cardiaco si pesi regolarmente?
 - a) Perché molte persone hanno poco appetito
 - b) Per controllare se il corpo trattiene i liquidi
 - c) Per decidere la giusta dose dei farmaci

- 4) Quale di queste affermazioni è vera?
 - a) Quando tossisco molto è meglio non prendere le medicine per il cuore
 - b) Quando mi sento un po' meglio posso sospendere l'assunzione delle medicine per il cuore
 - c) È importante che io assumo le medicine per il cuore con regolarità

- 5) Perché le gambe si possono gonfiare in una persona affetta da scompenso cardiaco?
 - a) Perché le valvole delle vene delle gambe non funzionano in modo adeguato
 - b) Perché i muscoli delle gambe non ricevono ossigeno a sufficienza
 - c) Perché c'è accumulo di liquidi nelle gambe

- 6) Quante volte è necessario controllare se le caviglie sono gonfie?
 - a) Ogni tanto
 - b) Una volta alla settimana
 - c) Tutti i giorni

- 7) Perché un paziente con scompenso cardiaco deve seguire una dieta povera di sale sia quando è a casa che quando è fuori casa (es. al ristorante, a casa di amici)?
 - a) Il sale favorisce il trattenimento dei liquidi da parte del corpo
 - b) Il sale causa il restringimento dei vasi sanguigni
 - c) Il sale aumenta il battito cardiaco

- 8) Quali di queste affermazioni riguardanti l'esercizio fisico per le persone con scompenso cardiaco è vera?
- a) È importante fare esercizio fisico il meno possibile per non affaticare il cuore
 - b) È importante fare esercizio fisico in modo regolare, leggero e fare almeno 30 min di ginnastica al giorno
 - c) È importante fare esercizio il più possibile
- 9) Cosa occorre fare per evitare di ammalarsi?
- a) Avvicinarsi a persone con raffreddore
 - b) Stare chiusi in casa
 - c) Vaccinarsi per l'influenza ed evitare persone malate
- 10) Quanto è importante rispettare gli appuntamenti per le visite ed i controlli medici?
- a) Non sempre importante
 - b) Molto importante
 - c) Se ne può fare a meno
- 11) In quale modo può ricordarsi di prendere sempre la terapia?
- a) Attraverso dei promemoria, delle sveglie sul cellulare ad ogni giorno sempre alla stessa ora
 - b) Chiedendo ad un parente di telefonare ogni giorno
 - c) Non usando alcun rimedio precedente

Seconda parte: Gestione dei sintomi

- 12) Quale è la miglior cosa da fare quando si ha sete?
- a) Succhiare un cubetto di ghiaccio
 - b) Succhiare una caramella
 - c) Bere di più
- 13) Che cosa può causare un rapido peggioramento dei sintomi di scompenso cardiaco?
- a) Una dieta ricca di grassi
 - b) Un raffreddore o un'influenza
 - c) La mancanza di esercizio fisico e l'assunzione di troppo sale
- 14) Quanti liquidi è consigliato assumere a casa ogni giorno?
- a) 1/1,5 litri al massimo
 - b) La minore quantità possibile
 - c) La maggiore quantità possibile

15) Perché vengono prescritti i diuretici ad alcune persone con scompenso cardiaco?

- a) Per abbassare la pressione nel sangue
- b) Per prevenire la ritenzione di liquidi
- c) Per poter bere di più

16) Quale è la migliore cosa da fare in caso di difficoltà respiratoria o di gonfiore delle gambe?

- a) Chiamare il medico o l'infermiere
- b) Aspettare la prossima visita di controllo
- c) Prendere una dose inferiore di medicine

Terza Parte: Self-efficacy

17) Dopo aver ricevuto un'educazione terapeutica ritiene che sarà in grado di prevenire l'insorgenza dei sintomi dello scompenso cardiaco?

- a) No
- b) Qualche volta
- c) Frequentemente
- d) Quasi sempre

18) Dopo aver ricevuto un'educazione terapeutica ritiene che sarà in grado di seguire i consigli terapeutici che le sono stati dati?

- a) No
- b) Qualche volta
- c) Frequentemente
- d) Quasi sempre

19) Dopo aver ricevuto un'educazione terapeutica ritiene che sarà in grado di valutare l'importanza dei sintomi dello scompenso cardiaco?

- a) No
- b) Qualche volta
- c) Frequentemente
- d) Quasi sempre

20) Dopo aver ricevuto un'educazione terapeutica ritiene che sarà in grado di riconoscere i cambiamenti della sua salute?

- a) No
- b) Qualche volta
- c) Frequentemente
- d) Quasi sempre

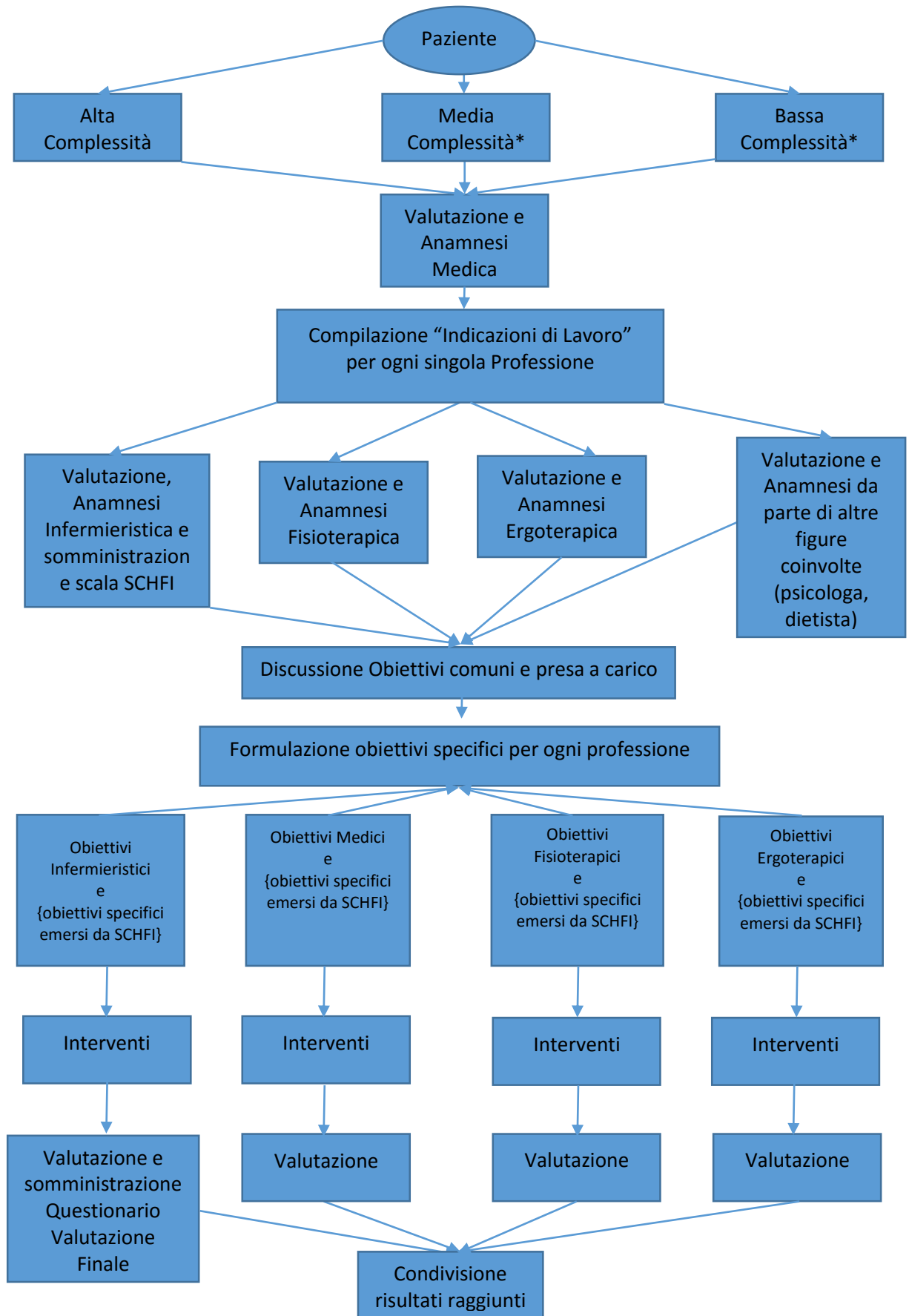
21) Dopo aver ricevuto un'educazione terapeutica ritiene che sarà in grado di fare qualcosa per alleviare i sintomi dello scompenso cardiaco?

- a) No
- b) Qualche volta
- c) Frequentemente
- d) Quasi sempre

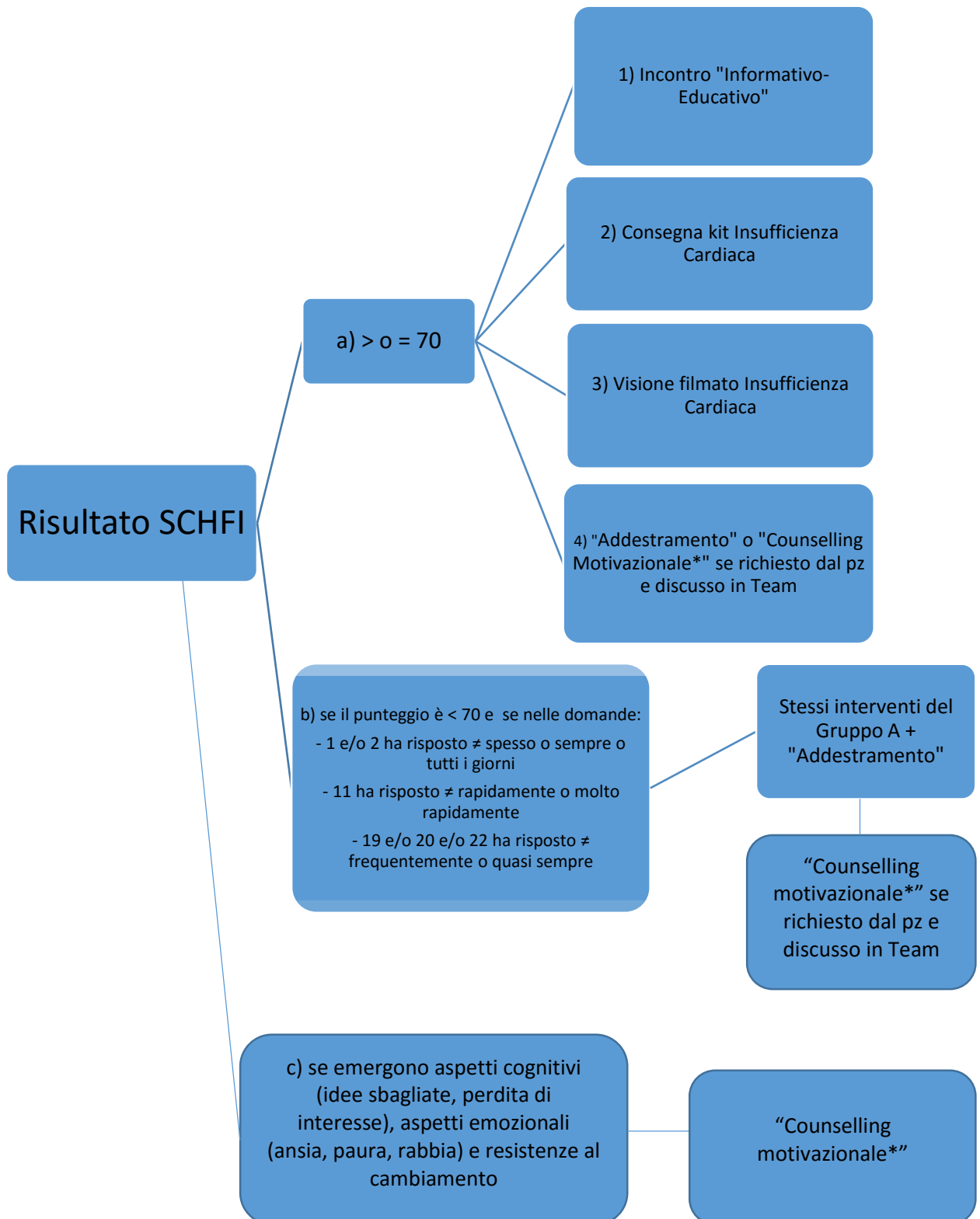
22) Dopo aver ricevuto un'educazione terapeutica ritiene che sarà in grado di valutare l'efficacia dei rimedi attuati?

- a) No
- b) Qualche volta
- c) Frequentemente
- d) Quasi sempre

Allegato 4: Percorso del paziente



Allegato 5: Algoritmo decisionale per educazione terapeutica



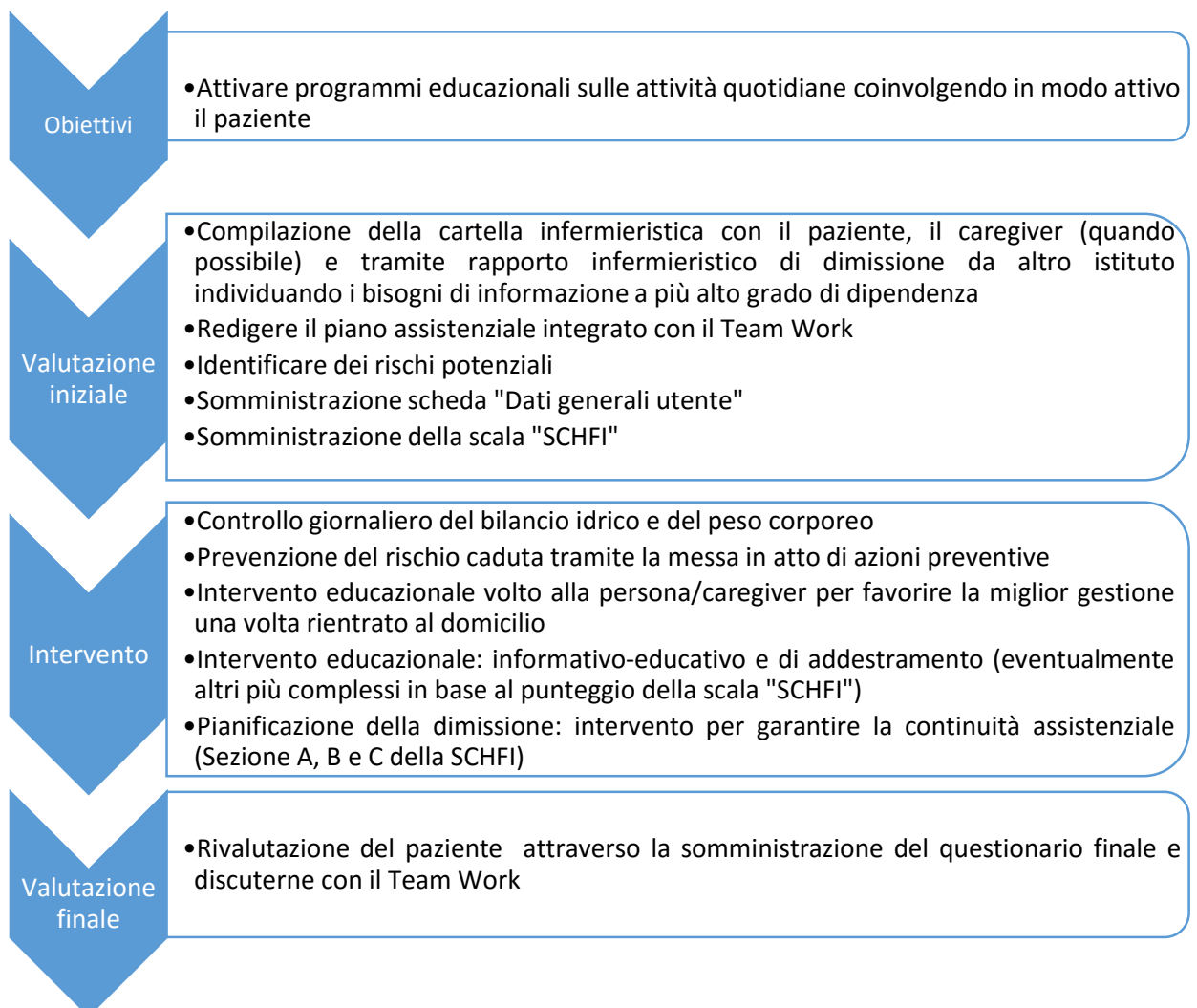
Allegato 6: Interventi infermieristici, fisioterapici ed ergoterapici

Cardiopatici fragili e/o ad alta complessità (Bettinardi et al., 2014)

Il paziente ad alta complessità è caratterizzato da un elevato assorbimento di risorse e con necessità di un approccio riabilitativo intensivo particolarmente personalizzato e multidisciplinare. Si tratta di pazienti che presentano una o più delle seguenti condizioni:

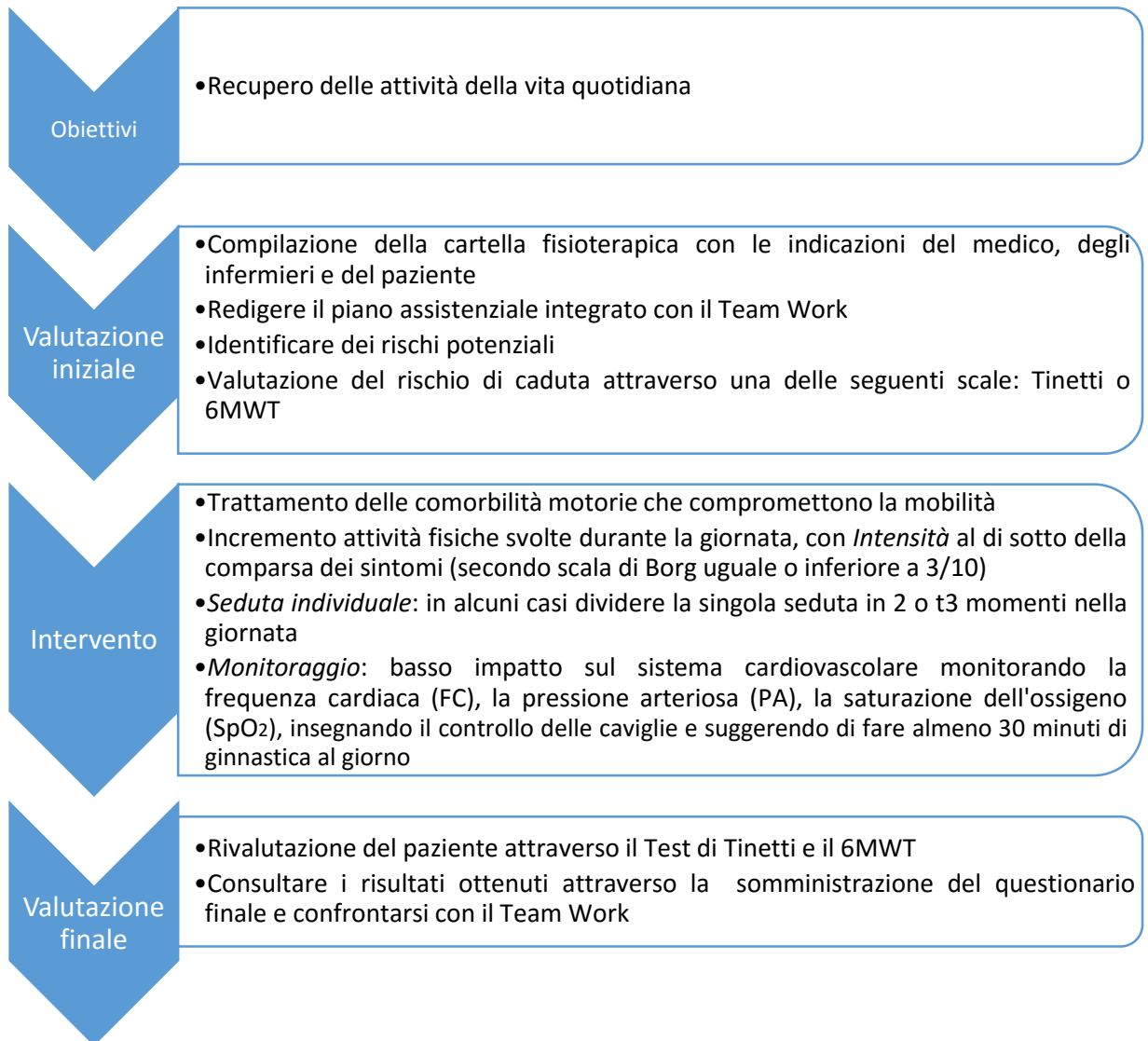
- Ridotta resistenza agli eventi stressanti derivante da un declino simultaneo di organi e apparati
- Invecchiamento conclamato
- Dipendenza funzionale
- Degenza in reparti per acuti per scompenso cardiaco acuto o instabilizzazione di scompenso cardiaco cronico, in Classe NYHA III/IV ad elevato rischio di nuovi eventi o con complicanze evento-correlate
- Necessità di trattamenti farmacologici e nutrizionali infusivi
- Riacutizzazioni di una o più comorbidità internistiche

Percorso infermieristico



Percorso fisioterapico

(Bettinardi et al., 2014)



Cardiopatici a media complessità

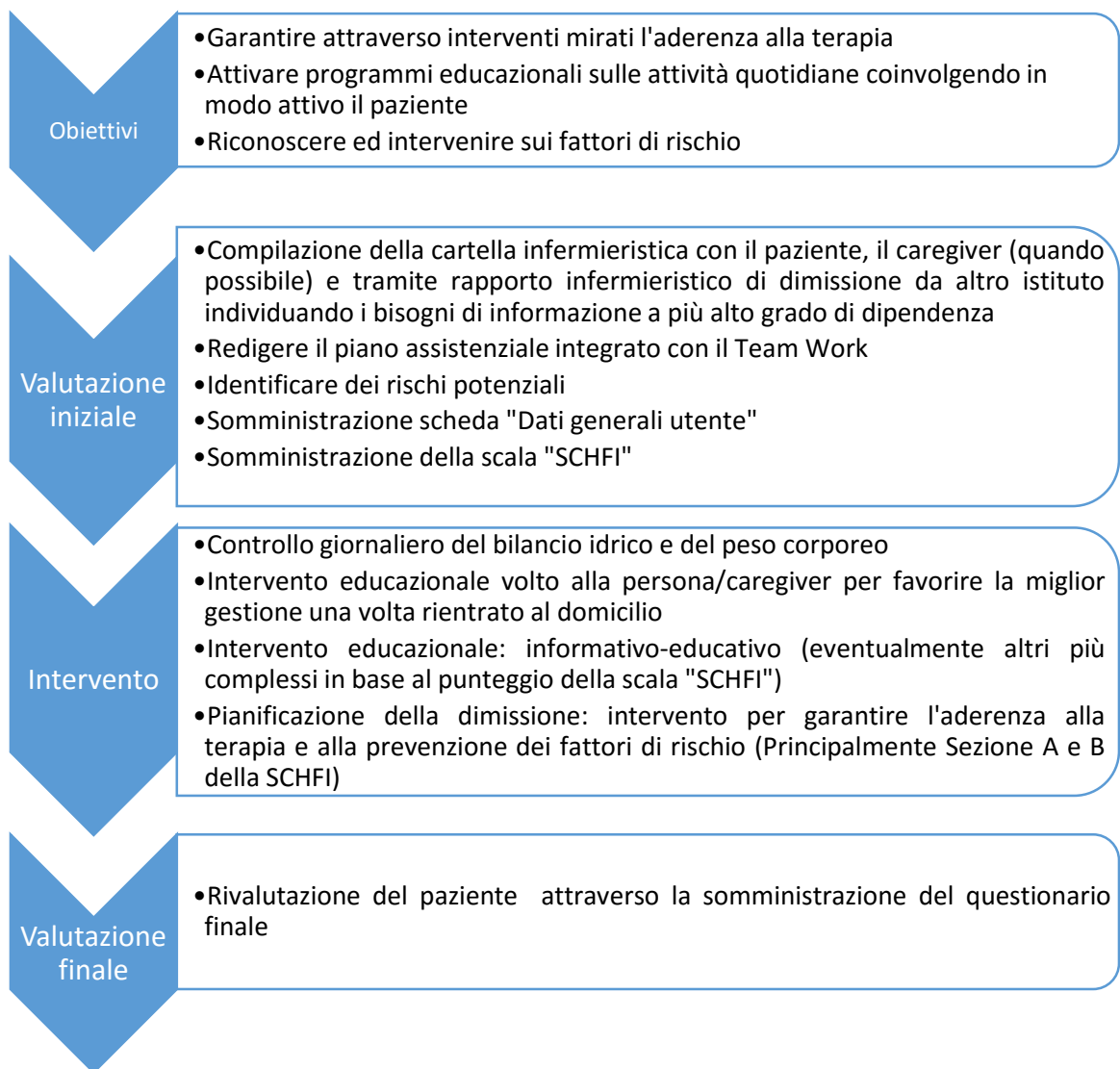
(Bettinardi et al., 2014)

Il paziente a media complessità si caratterizza per un minore consumo di risorse rispetto all'alta complessità:

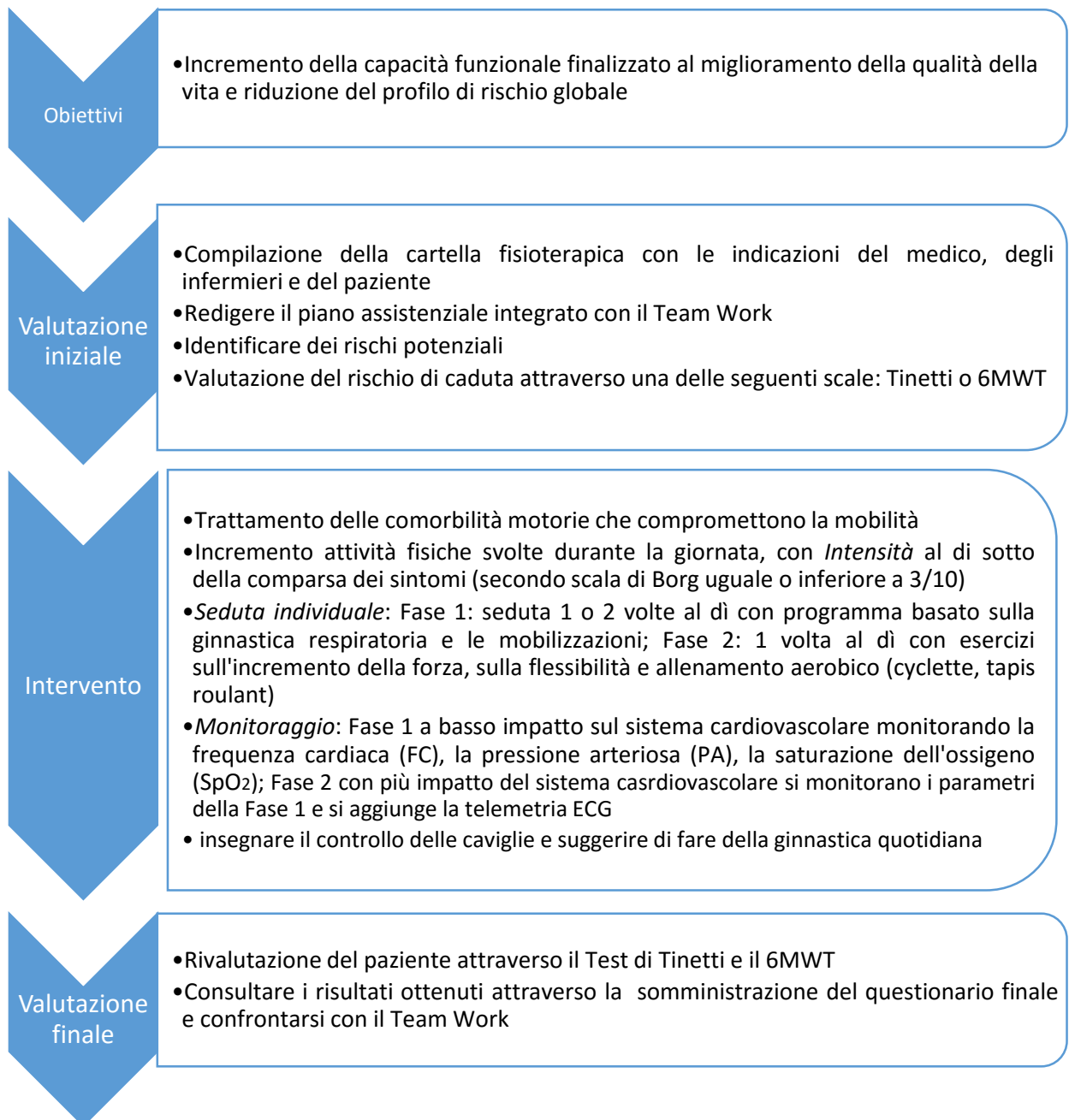
- Sindrome Coronarica Acuta con ricovero prolungato per complicanze, risolte o in fase di risoluzione
- Recente impianto di device "minori": PM monocamerale con residua necessità di monitoraggio
- Classe NYHA II

Percorso infermieristico

(Bettinardi et al., 2014)



Percorso fisioterapico (Bettinardi et al., 2014)



Cardiopatici a bassa complessità

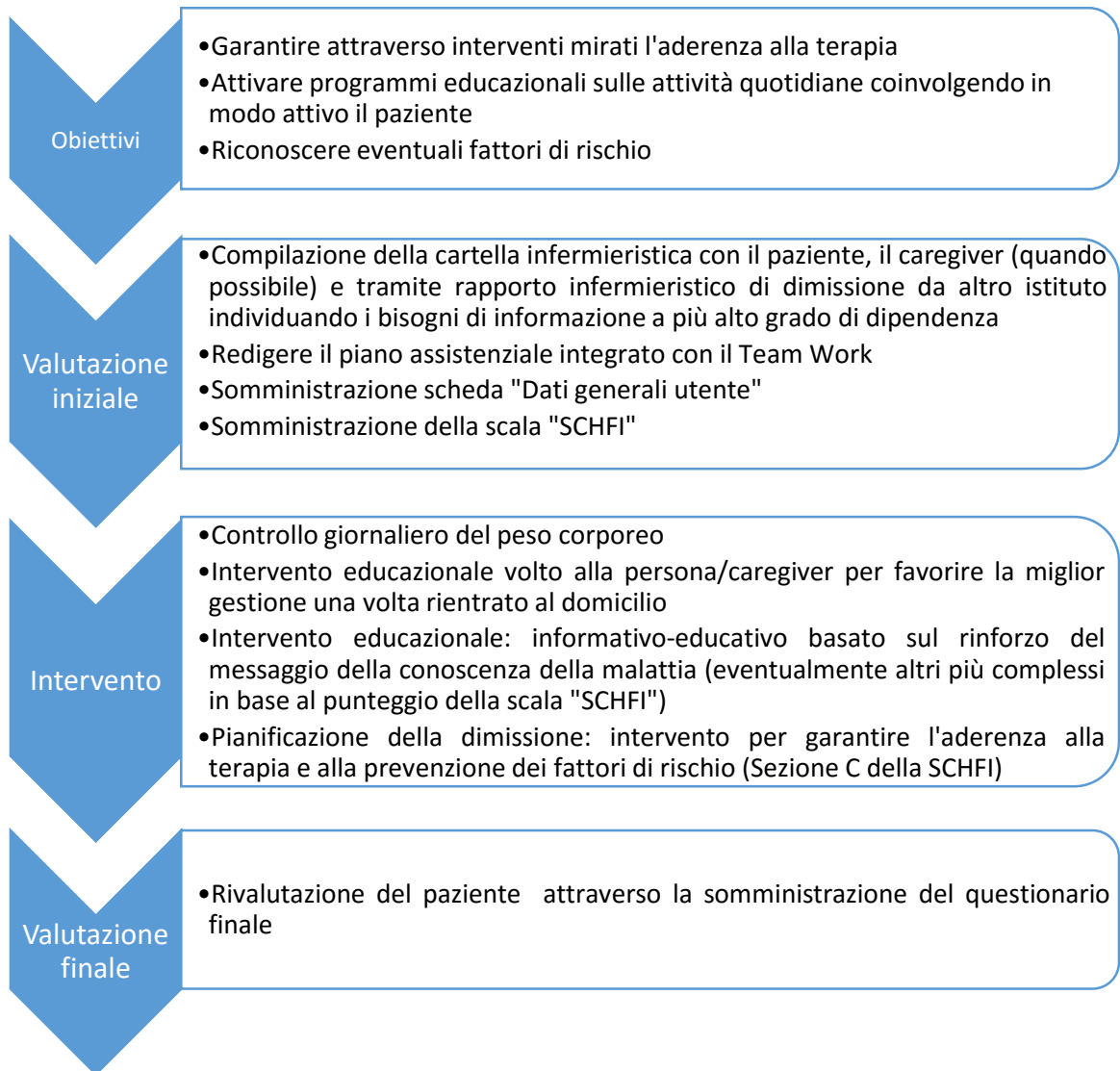
(Bettinardi et al., 2014)

Il paziente si caratterizza dall'assenza di problematiche proprie dell'alta e media complessità, ovvero con sufficiente stabilizzazione clinica e basso rischio residuo di eventi cardiaci e non, il cui programma è incentrato sul recupero funzionale e la modifica dello stile di vita

- Post-intervento chirurgico non complicato
- Post-Sindrome Coronarica Acuta con rischio di scompenso basso
- Cardiopatia ischemica cronica recentemente trattata

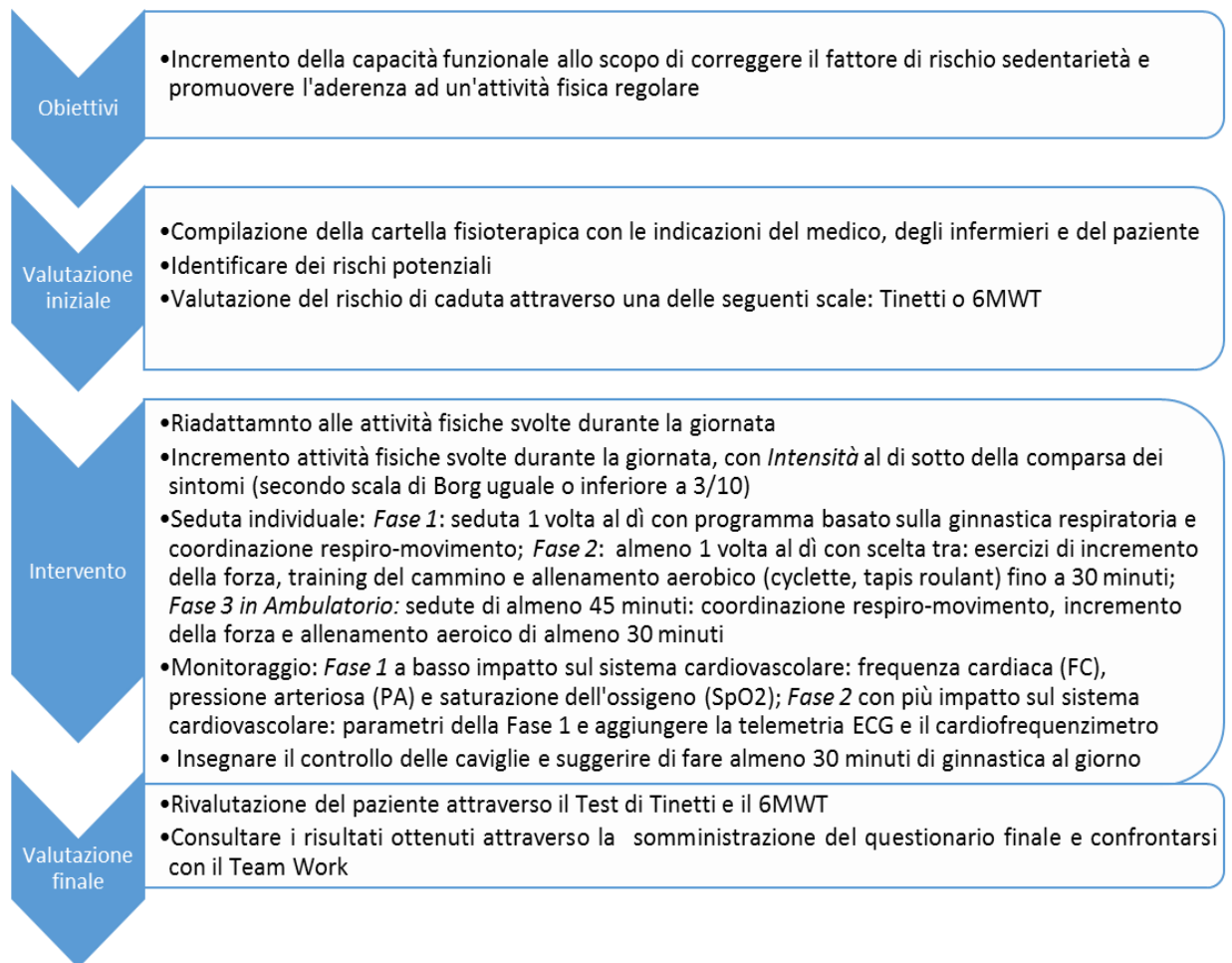
Percorso infermieristico

(Bettinardi et al., 2014)



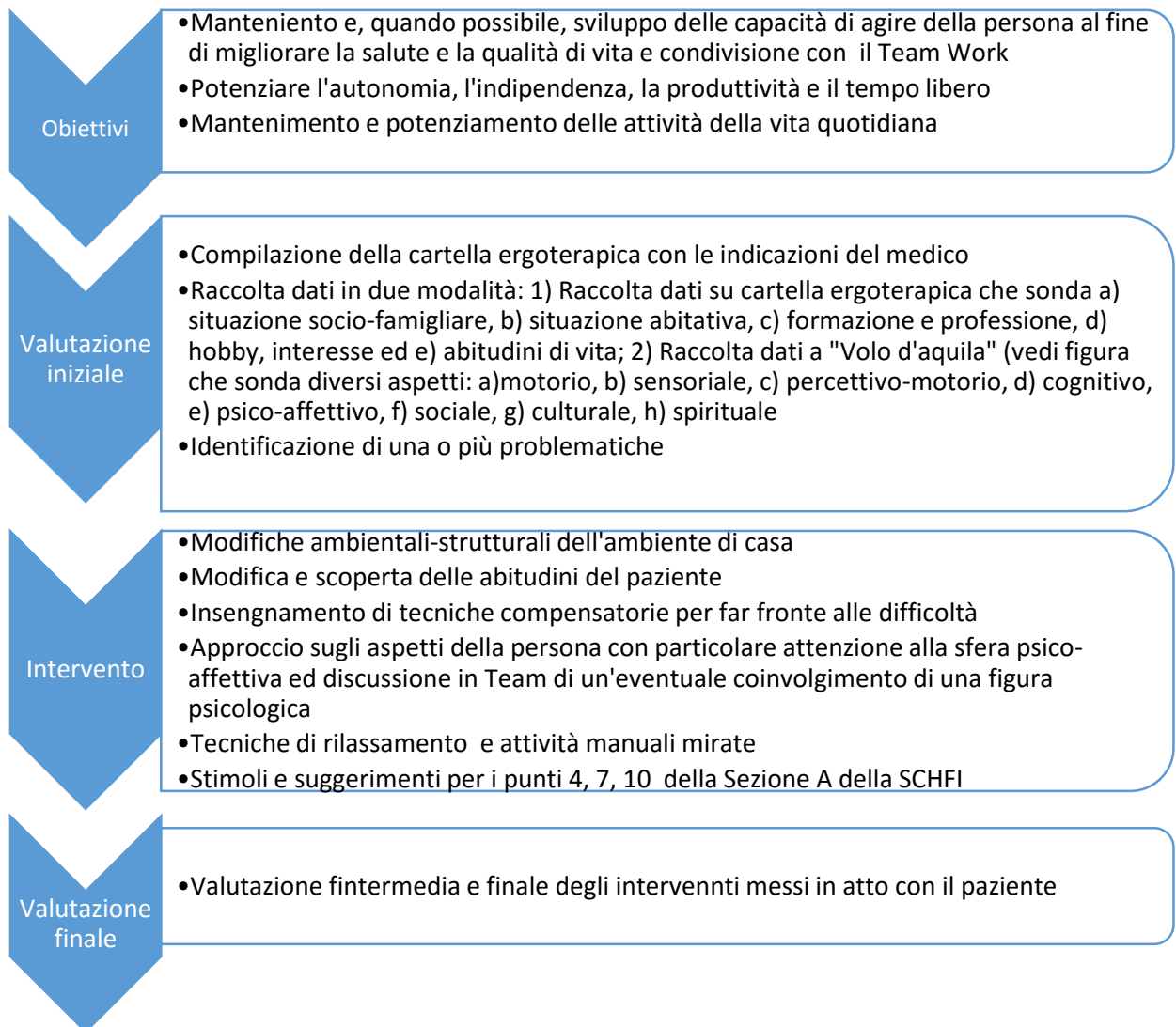
Percorso fisioterapico

(Bettinardi et al., 2014)



Percorso Ergoterapico - Valido per pazienti ad Alta, Media e Bassa Complessità

(Cunningham Piergrossi, 2006)



Implementazione di uno strumento innovativo per la gestione della formazione continua: esperienza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona

Franceschini Giulia¹, Girotti Sus², Mercanti Rosalia³, Ranucci Emanuela³, Pelusi Gilda⁵

¹ CPS Infermiere, AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona

Posizione Organizzativa Formazione Profili Sanitari e Sviluppo Professionale, Accoglienza e Inserimento neoassunto, AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona

³ Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche, AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona

⁴ Dirigente Amministrativo AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona

⁵ Direttore ADP del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche UNIVPM

RIASSUNTO ESTESO

Premessa: le organizzazioni sanitarie pianificano annualmente gli eventi formativi attraverso il Piano di Formazione Aziendale (PFA) e le documentano in un Report. Ad oggi si osserva una carente attenzione all'analisi delle attività formative attuate. La costruzione di strumenti di valutazione ad hoc permetterebbe di gestire eventuali criticità.

Obiettivi: valutare l'attività formativa realizzata nel 2015, destinata alle Professioni Sanitarie e specificamente agli infermieri, nell'Azienda "Ospedali Riuniti" di Ancona; confrontarla con quanto programmato; migliorare la gestione della formazione.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio osservazionale descrittivo sugli eventi formativi realizzati nel 2015 per le Professioni Sanitarie, nello specifico per gli Infermieri, accessibili anche a utenti esterni (Eventi Formativi residenziali-EFR). I dati sono stati raccolti tramite il PFA, la piattaforma web ECM Marche, inseriti in un apposito database e analizzati con statistica descrittiva. È stata successivamente effettuata una revisione della letteratura per la stesura di un protocollo, avvenuta nel 2016, denominato "Gestione degli Eventi di Formazione Continua" da parte di un gruppo di professionisti comprendenti gli infermieri.

Risultati: l'Azienda ha realizzato il 42,07% dei corsi pianificati. L'83,56 % delle attività formative interne era destinato agli infermieri, organizzato prevalentemente come attività di miglioramento (45,87%). L'84% degli EFR era rivolto alla professione infermieristica. Non sono state effettuate attività di ricerca. Alla luce delle criticità emerse, è stato progettato un protocollo, approvato dalla dirigenza aziendale, in un'ottica di innovazione e miglioramento. **Conclusioni:** le attività formative pianificate vengono parzialmente realizzate. È opportuno che le organizzazioni incentivino le

attività di ricerca infermieristica, anche attraverso percorsi di implementazione di metodologie formative complesse.

Parole chiave: Educazione sanitaria; Sviluppo professionale continuo; Valutazione della formazione; Education; Professional Development; Evaluation.

RIASSUNTO BREVE

Un'indagine retrospettiva condotta nel 2015 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) "Ospedali Riuniti" di Ancona ha evidenziato che l'AOU stessa ha realizzato il 42,07% delle attività formative pianificate. Grazie al contributo di alcuni professionisti sanitari afferenti all'area infermieristica, nell'Agosto del 2016 è stato elaborato un protocollo sulla progettazione delle attività formative continue, implementato poi nel 2017, al fine di ovviare alle criticità esistenti

1. INTRODUZIONE

La formazione delle risorse umane e l'investimento in progetti indirizzati alla continua crescita professionale sono ad oggi fondamentali per lo sviluppo del Sistema Salute (Maioli e Mostarda 2008). Il Decreto Legislativo 229/1999 (D.Lgs n.229/99) istituzionalizza *l'Educazione Continua in Medicina (ECM)* e rende la formazione obbligatoria per tutti i professionisti della salute. Il sistema ECM, avviato nel 2002 con l'istituzione della Commissione Nazionale per la formazione continua, rappresenta l'insieme organizzato delle attività formative teorico-pratiche, promosse da specifici fornitori pubblici e privati, con lo scopo di mantenere elevata e aggiornata la professionalità degli operatori sanitari. Le norme relative alla formazione ECM ribadiscono il diritto/dovere del professionista della Sanità di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro. L'insegnamento basato sulla formulazione di quesiti clinici, i workshop

interattivi, la valutazione dei casi e l'apprendimento basato sul problema, sono descritte dalla letteratura come metodologie formative efficaci (Fiset et al 2017). Sarebbe auspicabile un approccio educativo *multidisciplinare* (Körner et Ehrhardt, 2012), direttamente impattante sugli esiti assistenziali (Goldman et Kitto 2018) e *pratico* (Benner et al 2010) (Ciliska 2005), basato sui bisogni dei discenti (Khan et Coomarasamy 2006) e sui principi dell'apprendimento andragogico (Curran 2014), in una dimensione interattiva e integrata alla clinica. La collaborazione tra contesto clinico e accademico è infatti alla base delle migliori strategie formative (Beal 2012), poiché ad essa sono correlate una migliore qualità delle cure e della formazione teorico-pratica in termini di efficacia ed efficienza e una maggiore produttività nella ricerca.

La trasmissione delle conoscenze si avvale di un insegnamento multimetodo (Bain 2004). In questo senso, la formazione

residenziale (RES) e la formazione sul campo (FSC) detengono un valore formativo intrinseco. La *Formazione Residenziale* consiste nella presenza in aula del discente e comprende attività finalizzate a migliorare conoscenze, competenze e abilità cliniche. Questa si suddivide in: *Formazione residenziale tradizionale*, con esposizione frontale di concetti da parte del docente; *Formazione residenziale interattiva*, con trasmissione di contenuti attraverso un metodo partecipativo. La *Formazione Sul Campo* si basa sui principi della teoria andragogica di M. Knowles (Curran 2014). Questa modalità formativa si suddivide in: *Training individualizzato*, in cui il partecipante acquisisce in modo attivo conoscenze e abilità utili a specifiche attività; *Gruppi di miglioramento*, in cui l'apprendimento avviene attraverso l'interazione con un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative di sviluppo; *Audit Clinico e/o Assistenziale*, in cui i professionisti esaminano la propria attività attraverso la revisione delle prassi cliniche in riferimento a standard esplicitati; *Attività di ricerca*, ossia progetti sperimentali e partecipazione a studi clinici (Maioli e Mostarda 2008).

Le Regioni hanno un ruolo primario nella definizione degli Enti del Sistema Sanitario Regionale: detengono precise responsabilità in ambito formativo, e

definiscono in modo puntuale le figure coinvolte nel processo di progettazione e realizzazione degli eventi formativi (DGR n.1501/2017). In particolare, le organizzazioni sanitarie sono chiamate a redigere:

- *un Piano di Formazione (PFA)*, strumento di pianificazione delle attività formative orientato al raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria (Accordo Stato-Regioni 2007 e DGR 1501/2017). Il PFA comprende sia gli Eventi formativi rivolti ai dipendenti dell'Azienda, sia gli Eventi Formativi Residenziali (EFR), rivolti ai professionisti sanitari di altre strutture.
- *Un Report annuale*, atto a documentare le attività formative effettivamente implementate e le gli outcome correlati.

La programmazione delle attività formative, che si avvia a partire dall'analisi del fabbisogno educativo, definisce utenti, obiettivi formativi e strategie formative e valutative (ASP Ragusa 2018). L'azione educativa non è addizionale, ma modella e rinnova direttamente il sistema salute (Leonello e Oliveira 2008).

2. OBIETTIVO

Lo studio è volto ad analizzare l'attività formativa pianificata e quella accreditata nel 2015 presso l'Azienda Ospedaliero-

Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona, relativa alle Professioni Sanitarie, in particolare a quella infermieristica. La finalità dell'indagine è quella di valutare eventuali scostamenti tra quanto pianificato e quanto realizzato e proporre opportune strategie di miglioramento.

3. MATERIALI E METODI

3.1. Analisi dell'attività formativa aziendale
Disegno di studio. È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo.

Setting. Tutti i dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona.

Campionamento. Sono state incluse tutte le attività formative destinate alle Professioni Sanitarie pianificate per il 2015 e quelle effettivamente accreditate e svolte.

Strumenti. Attraverso il documento PFA 2015 e i dati reperiti tramite la piattaforma web ECM Marche, è stato effettuato un confronto tra l'attività formativa che l'Azienda aveva programmato in termini di realizzazione e quella effettivamente attuata. Relativamente all'attività formativa realizzata sono stati osservati i seguenti criteri:

- Destinatari: utenti interni o esterni; professione infermieristica o altre professioni sanitarie

- Metodologia formativa: formazione residenziale (tradizionale e interattiva); formazione sul campo (training individualizzato, gruppi di miglioramento, audit clinico e/o assistenziale, attività di ricerca)

Analisi dei dati. I dati raccolti sono stati inseriti in un database appositamente predisposto attraverso un foglio di calcolo elettronico Excel e analizzati con statistica descrittiva.

Articolazione del progetto. Rispetto ai criteri esplicitati, è stato possibile analizzare l'attività formativa rivolta alle Professioni Sanitarie, con la seguente progettazione:

1. *Attività formativa programmata e realizzata.* È stato effettuato un confronto tra quanto programmato in ambito formativo e quanto effettivamente realizzato, in termini aziendali.
2. *Attività formativa realizzata rivolta agli infermieri.* Sono state calcolate frequenza assoluta e percentuale relative alle due macrotipologie di Formazione che vengono svolte in Azienda: quella destinata ai *dipendenti dell'azienda* e quella aperta anche a *professionisti provenienti da altre strutture (EFR)*. Viene poi evidenziato il

coinvolgimento degli infermieri tra i destinatari.

3. *Attività Formativa realizzata destinata agli infermieri dipendenti dell'Azienda.*

Si sono esaminati i corsi accreditati relativi alle Professioni Sanitarie dipendenti dell'Azienda destinati agli infermieri, analizzando nello specifico le metodologie formative utilizzate.

3.2. *Elaborazione del Protocollo "Gestione degli Eventi di Formazione Continua"*

La formazione continua sanitaria, in particolare inerente al profilo infermieristico, è stata analizzata a partire dalla letteratura scientifica, alla luce della normativa vigente nazionale (Accordo stato-regioni 2007/2017) e regionale (DRG 520/2013 e 1501/2017). La revisione della letteratura condotta consultando fonti cartacee ed elettroniche e si è avvalsa di specifiche parole chiavi, come "Professional Development", "Nursing Education" ed "Evaluation". Sulla base delle evidenze, dei risultati e delle criticità derivanti dai dati

raccolti, si è giunti alla predisposizione del protocollo "Gestione degli Eventi di Formazione Continua". Questo è stato realizzato nell'Agosto del 2016 da parte di un gruppo di professionisti sanitari tra cui collaboratori sanitari infermieri e coordinatori infermieristici. È stato poi implementato nel 2017.

4. RISULTATI

4.1. *Analisi dell'attività formativa aziendale*

Gli eventi formativi realizzati sono stati analizzati a partire da quanto era stato programmato nel Piano Formativo Aziendale 2015. Dalla tabella 1 è possibile osservare che sono stati pianificati 511 corsi e ne sono stati realizzati 286 in totale; di questi, 215 (75,18%) sono coerenti con quanto pianificato nel PFA; i restanti 71 corsi (24,82%) sono stati organizzati e realizzati a prescindere dal PFA. I corsi attuati coerenti con il PFA sono il 42,07% del totale dei corsi pianificati, come mostrato dalla tabella 1.

CORSI PROGRAMMATI E REALIZZATI	N.	%
Corsi programmati nel PFA	511	100%
Corsi realizzati	286	56%
Corsi realizzati coerentemente al PFA	215	75,18% rispetto ai corsi realizzati 42,07% rispetto ai corsi programmati
Corsi realizzati extra PFA	71	24,82% rispetto ai corsi realizzati

Tabella I. Confronto tra corsi programmati e realizzati.

Complessivamente, sono stati analizzati 286 attività formative aziendali accreditate rivolte al Personale Sanitario. La **tabella 2** descrive *le due macrotipologie di Formazione* che vengono svolte in Azienda: quelle rivolte ai dipendenti dell'Azienda e gli Eventi Formativi Residenziali (EFR), ai quali possono accedere i professionisti sanitari di altre strutture. Dalla tabella è possibile osservare che vengono organizzati prevalentemente eventi formativi **interni (91,26%)**; gli EFR costituiscono **l'8,74%** del totale

EVENTI FORMATIVI INTERNI E EFR	N.	%
Eventi formativi Interni	261	91,26%
Eventi Formativi Residenziali (EFR)	25	8,74%
Eventi formativi realizzati	286	100%

Tabella 2. Descrizione della macrotipologie formative degli eventi realizzati.

2) Attività formativa realizzata rivolta agli infermieri.

La tabella 3 mostra nel dettaglio gli eventi formativi destinati agli infermieri, i quali per il 76,22% sono realizzati come eventi formativi interni e per il 7,34% come EFR.

EVENTI FORMATIVI	N.	%
Eventi formativi Interni Destinati agli infermieri	218	76,22%
Eventi formativi Interni non Destinati agli infermieri	43	15,03%
Eventi Formativi Residenziali (EFR) Destinati agli infermieri	21	7,34%
Eventi Formativi Residenziali (EFR) non Destinati agli infermieri	4	1,40%
Totale	286	100%

Tabella 3. Descrizione degli eventi formativi interni ed esterni all'Azienda con riferimento al coinvolgimento degli infermieri tra i destinatari.

Nelle tabelle seguenti (4 e 5), viene evidenziato il coinvolgimento degli infermieri nelle due macro-tipologie formative dei corsi analizzati. In particolare, la tabella 4 mostra che l'83,52% dell'attività formativa interna è destinata agli infermieri.

EVENTI FORMATIVI INTERNI	N.	%
Eventi formativi Interni Destinati agli infermieri	218	83,52%
Eventi Formativi Interni non Destinati agli infermieri	43	19,72%
Totale	261	100%

Tabella 4: Descrizione degli eventi formativi interni all'Azienda realizzati con riferimento al coinvolgimento degli infermieri tra i destinatari.

L'Azienda è direttamente coinvolta nell'organizzazione di corsi destinati anche

ai professionisti sanitari di altre regioni, i quali si configurano quindi come *Eventi Formativi Residenziali (EFR)*, che rappresentano l'8,74% di tutta l'attività formativa aziendale (ossia dei 286 corsi attuati); molti di questi coinvolgono gli infermieri tra i destinatari (l'84%), come è possibile vedere dalla Tabella 5.

EFR	N.	%
EFR per infermieri	21	84%
EFR per altre professioni sanitarie	4	16%
EFR totali	25	100%

Tabella 5. Descrizione degli EFR realizzati con riferimento al coinvolgimento degli infermieri tra i destinatari

Nella categoria EFR rientra la maggior parte dei corsi afferenti al Dipartimento Interregionale di Medicina Trasfusionale (il 63,64% dei corsi afferenti a questo Dipartimento sono stati realizzati come EFR).

In conclusione, la formazione destinata agli infermieri, considerando sia gli eventi formativi che coinvolgono i dipendenti aziendali, sia quelli accessibili anche utenti esterni all'azienda, occupa l'83,56% del totale (239 corsi).

3) Attività Formativa realizzata destinata agli infermieri dipendenti dell'Azienda. Degli eventi formativi interni, destinati agli

infermieri (n. 218), le metodologie formative maggiormente utilizzate sono l'*Attività di miglioramento* (n.100; 45,87%) e la *Formazione Residenziale Interattiva* (n.66; 30,28%); la **tabella 6** descrive nel dettaglio le metodologie didattiche con cui sono stati realizzati i corsi interni destinati agli infermieri: è possibile osservare che quelle più complesse (Audit e Attività di Ricerca) sono scarsamente implementate.

METODOLOGIA FORMATIVA	N.	%
Formazione Residenziale Interattiva	66	30,28%
Formazione Residenziale	23	10,55%
Training Individualizzato	14	6,42%
Gruppi di miglioramento	100	45,87%
Audit clinico e/o assistenziale	15	6,88%
Attività di ricerca	0	0%
Totale	218	100%

Tabella 6. Descrizione delle metodologie formative degli eventi interni destinati agli infermieri.

4.2. Elaborazione del Protocollo "Gestione degli Eventi di Formazione Continua"

Nell'agosto del 2016 è stato elaborato un protocollo aziendale sulla gestione della *educazione continua*, nella fattispecie, della

formazione residenziale e della formazione sul campo. Per ognuna delle strategie formative facenti capo a queste due macroaree vengono identificate le fasi costituenti, gli specifici strumenti previsti e il ruolo del progettista. Per ogni metodologia è stato realizzato un modello formativo di base, che funge da riferimento in termini di progettazione formativa.

4.2.1. *Formazione Residenziale*

Progettazione e gestione della formazione residenziale (RES).

La progettazione della formazione residenziale richiede le seguenti fasi:

- a) Raccolta delle informazioni preliminari relative ai bisogni e agli obiettivi formativi, al contesto, ai partecipanti, ai tempi, alla strumentazione e al setting. Sulla base di questi dati è possibile strutturare poi l'intervento educativo.
- b) Definizione degli obiettivi.
- c) Elaborazione dei contenuti.
- d) Definizione di strategia e metodi didattici.
- e) Predisposizione dell'aula (setting e strumenti tecnologici, time table della giornata).
- f) Preparazione individuale dei docenti/relatori.

Formazione Residenziale Interattiva (FRI).

La progettazione della FRI richiede:

- a) cura del setting;
- b) predisposizione di un contratto formativo finalizzato a stabilire le convergenze tra bisogni/aspettative dei diversi stakeholder coinvolti nel processo (raccolta di aspettative e motivazioni; confronto con gli obiettivi del corso per individuare le aree da modificare per soddisfare le esigenze dei corsisti, descrizione del programma di lavoro e della metodologia didattica, ricostruzione dell'accordo tra docente e partecipanti);
- c) utilizzo strumenti ad elevato contenuto interattivo quali brainstorming o mappe mentali.

4.2.2. *Formazione sul Campo (FSC)*

Progettazione e gestione del training individualizzato.

Questa tipologia formativa è orientata ai processi di apprendimento riflessivo e all'integrazione teorico-pratica. La sua realizzazione prevede la focalizzazione su problemi reali, inerenti al contesto professionale e la predisposizione di specifici spazi, in rapporto ai tempi. Viene identificata come figura chiave quella del **tutor**, attraverso cui è possibile riflettere sull'esperienza e ricomprenderla all'interno delle proprie risorse cognitive al fine di elaborarne di nuove, attraverso l'ascolto attento.

Progettazione e gestione dei gruppi di miglioramento.

Questa metodologia formativa nasce in risposta a risultati operativi non soddisfacenti, sia tecnico-professionali che organizzativi. La costruzione del problema deve partire da un'attenta analisi della realtà; è necessario quindi:

- a) Analizzare e descrivere il processo attuale (flow-chart).
- b) Elencare le possibili cause del problema prioritario (brainstorming).
- c) Raggruppare le cause in modo logico (diagramma di Ishikawa).
- d) Valutare l'importanza delle diverse cause prese in esame nella genesi del problema (specifici fogli di raccolta dati, diagramma di Pareto).

Dopo aver individuato gli elementi del contesto che dovranno essere oggetto di revisione, occorre definire le singole attività del processo e valutare le criticità correlate a ogni elemento, in modo da stabilire la scala di priorità da rispettare per effettuare interventi migliorativo. Occorre definire in modo chiaro: obiettivi generali e specifici; risultati attesi e misurabili in termini di qualità, tempo e costo; indicatori di processo o di esito sui quali poi procedere con le attività di analisi e misurazione.

Progettazione e gestione dell'audit clinico o assistenziale

L'audit ripercorre la congruità di una prestazione/percorso assistenziale rispetto a standard prefissati. Lo standard di riferimento può derivare da linee guida, protocolli, PDTA, benchmarking e indicatori della performance, disposizioni di autorità sovraordinate. Gli standard e i criteri atti a valutare la conformità della pratica agli standard stessi, devono essere definiti in modo esplicito.

Fasi dell'audit:

- a) Identificare le aree cliniche oggetto di valutazione e il campione di pazienti
- b) Selezionare le informazioni da raccogliere per ciascun caso secondo modalità standardizzate
- c) Identificare i parametri di riferimento (criteri, standard, indicatori)
- d) Analizzare i dati raccolti per un confronto con gli esiti clinici documentati e con gli standard di riferimento
- e) Valutare gli interventi attuati per sostenere strategie di miglioramento.

Dal lato metodologico, l'audit clinico consiste in un ciclo della qualità (*Plan, Do, Check, Act*): prevede l'iniziale definizione di standard e criteri misurabili, la valutazione della pratica clinica in termini di processo o esito e l'elaborazione di proposte di miglioramento in termini di raccomandazioni da diffondere alle parti interessate. Insieme alle Linee Guida e agli Indicatori di

Performance Clinica, l'audit clinico è uno dei principali strumenti con cui i professionisti possono monitorare e controllare la qualità tecnico-professionale dei processi, in quanto consente di verificare l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità della performance clinica

Progettazione e gestione delle attività di ricerca.

L'attività di ricerca ha diverse implicazioni formative: permette di acquisire la capacità di interrogarsi sui problemi e di tradurre i quesiti in protocolli di ricerca; prevede la consultazione di banche dati e letteratura, l'impiego di strumenti strutturati per la raccolta dati, la discussione dei risultati e dell'impatto della ricerca; porta alla genesi di nuove conoscenze.

La ricerca comprende diverse fasi:

- a) Selezione e valutazione della documentazione bibliografica e collaborazione al disegno di studio
- b) Raccolta e analisi di dati
- c) Elaborazione dei risultati
- d) Redazione e stesura dell'elaborato
- e) Presentazione e discussione dei risultati.

Il protocollo, formulato nel 2016, è stato approvato nel contesto dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Ancona dagli esponenti direttivi, dirigenziali e dai responsabili della Formazione aziendale. La

sua implementazione è avvenuta a partire dal 2017.

5. DISCUSSIONE

Questa indagine ha permesso di analizzare l'attività formativa destinata al Personale Sanitario, individuando le sostanziali criticità e le potenziali strategie di miglioramento. I principali aspetti emersi sono i seguenti:

- La realizzazione degli eventi formativi non è pienamente coerente con la programmazione: la pianificazione educativa verosimilmente eccede le reali possibilità organizzative.
- L'attività formativa svolta in azienda è per lo più destinata ai professionisti sanitari dipendenti dell'Azienda (91,26%); in una percentuale minore, è configurata come EFR (8,74%). Questo dato riflette la tendenza a investire nelle risorse umane del contesto aziendale, tipico delle Aziende di grandi dimensioni, garantendo nel contempo un'apertura verso l'esterno in tema formativo.
- Gran parte degli eventi formativi, sia interni che EFR, è destinata al personale infermieristico: il ruolo dell'infermiere viene percepito come rilevante ai fini del perseguimento della qualità in ambito sanitario. Agli infermieri viene for-

nita l'opportunità di formarsi e accrescere le proprie competenze, alla luce della potenziale ricaduta sul sistema salute. Questo dato non può prescindere dall'elevata rappresentanza della figura infermieristica a livello aziendale in termini numerici, se confrontata con quella relativa ad altre professioni sanitarie.

- In riferimento ai corsi accreditati rivolti agli infermieri dipendenti aziendali, le tipologie formative maggiormente utilizzate dall'Azienda sono *l'Attività di Miglioramento* (45,87%) e la *Formazione Residenziale Interattiva* (30,28%). Il diretto coinvolgimento del discente nell'esperienza formativa è stato definito dalla letteratura come strategia efficace: il territorio marchigiano mostra un impegno in questi termini, in quanto le attività formative che trovano più spazio nel contesto aziendali sono incentrate su chi apprende. Il discente diventa cioè parte attiva nella creazione della propria conoscenza.
- I principali limiti dell'indagine sono i seguenti: monocentricità, ridotta numerosità campionaria derivante da un'analisi annuale (non pluriennale), utilizzo di statistica descrittiva.

6. CONCLUSIONI

Le organizzazioni sanitarie hanno il compito di erogare servizi rispondenti a definiti criteri di qualità. L'analisi effettuata mostra che l'Azienda *investe* nella formazione infermieristica e *pone al centro dell'esperienza formativa il discente*, che diventa parte attiva del proprio processo di apprendimento. Tuttavia, le metodologie formative più complesse (Audit e Attività di Ricerca) risultano scarsamente implementate. La formazione e la ricerca sono invece imprescindibili per la crescita dei Professionisti Sanitari. Il Protocollo "Gestione degli Eventi di Formazione Continua", basato sulle evidenze e tarato sulle difficoltà evidenziate, potrebbe risultare uno strumento utile per una più appropriata programmazione e gestione degli eventi formativi. Gli studi futuri potrebbero essere orientati alla valutazione d'implementazione del Protocollo stesso, soprattutto osservando metodologie formative complesse, come *l'attività di ricerca*, verso la quale l'Azienda sembra essere ad oggi maggiormente orientata.

Si dichiara che non sussistono fonti di finanziamento o conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Accordo Stato-Regioni "*Riordino del sistema di Formazione continua in medicina*" del 1 agosto 2007; Accordo Stato-Regioni "*La Formazione continua nel settore salute*" del 2 Febbraio 2017.
- Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (2018). *Piano Formativo Aziendale anno 2018*, U.O.S Formazione ASP Ragusa. Consultato il 02/08/2018, disponibile all'indirizzo <http://www.asp.rg.it/>.
- Bain K (2004). *What the best college teachers do*. Cambridge: Harvard University Press.
- Beal JA (2012). *Academic-service partnerships in nursing: An integrative review*. Nurs Res Prac: 1–9.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ciliska D (2005). *Educating for evidence-based practice*. J Prof Nurs. 21: 345–350.
- Curran MK (2014). *Examination of the teaching styles of nursing professional development specialist, Part I: best practices in adult learning theory, curriculum development, and knowledge transfer*. J Contin Educ Nurs, 45(5): 233–40.
- Decreto Legislativo (D.Lgs) del 19 giugno 1999, n. 229 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*".
- Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n.1501 del 18/12/2017, modifica della DGR n. 520 del 8/04/2013 "*Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche*".
- Recepimento Accordo Stato Regioni 2017
- Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n.520 dell'08/04/2013 "*Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei Provider pubblici e privati della Regione Marche*".
- Fiset VJ, Graham ID, Davies BL (2017). *Evidence-Based Practice in Clinical Nursing Education: A Scoping Review*. J Nurs Educ;56(9):534-541.
- Goldman J, Kitto S, Reeves S (2018). *Examining the implementation of a collaborative competencies in a critical care resetting: key challenges for enacting competency-based education*. J Interprof Care; 32(4):407-415.
- Khan KS, Coomarasamy A (2006). *A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-*

- based medicine. *BMC Medical Education*; 6: 59.
- Körner M, Ehrhardt H, Steger AK, Bengel J (2012). Interprofessional SDM train-the-trainer program "Fit for SDM": provider satisfaction and impact on participation. *Patient Educ Couns* ;89(1):122-8.
- Leonello VM, Oliveira MAC (2008). *Competencies for educational activities in nursing*. *RLAM*, 16(2): 177-83.
- Maioli S, Mostarda MP (2008). La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie, tra contributi pedagogici e modelli operativi. Milano: McGraw-Hill, 305-70.