

Volume 20 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 20 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,

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



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

ISSN1971-8551(online)

Sommario

Volume 20 Numero

1

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

Original articles

- 5 Brief history of Faculty Development for Medical Education in United States. Breve storia del Faculty Development in Medicina negli Stati Uniti.

Antonella Lotti

- 17 A single learning activity for large interprofessional group can boost the perception of value of interprofessional education.

Anna Marchetti, Anna Teresa Giallonardo, Antonella Conestà, Fabrizio Consorti

- 29 Il tutor di tirocinio per le professioni sanitarie: un progetto di formazione continua nell'Azienda Usl della Romagna.

Milena Spadola, Carla Cortini, Lucia Bertozzi, Cosetta Tani, Gioele Santucci, Valentina Genovese, Antonella Campolattano, Valeria Cremonini, Michele Villa, Giulia Sebastiani, Roberta Tonelli, Chiara Ceccarelli

- 47 Stabilire connessioni. Vi raccontiamo “Ampio Spettro”. Un progetto per contrastare l’antibiotico resistenza.

Peter Konstantin Kurotschka, Alice Serafini, Federico Contu, Viviana Forte, Luca Pasolli, Giuseppe Parisi

- 61 La salute mentale negli studenti di medicina: il progetto del Servizio di Aiuto Psicologico (SAP) dell’Università degli Studi di Torino.

Sara Pavan, Giovanna Soro, Marco Miniotti, Stefania Picollo, Paolo Leombruni

- 74 Il professionismo online attraverso l’utilizzo dei social network da parte degli studenti di infermieristica: uno studio trasversale osservazionale.

Doriana Montani, Chiara Gallione, Chiara Airoidi, Elisabetta Galbier

Brief history of Faculty Development for Medical Education in United States.

Breve storia del Faculty Development in Medicina negli Stati Uniti

Antonella Lotti¹

¹Dipartimento CHI.MO.MO., Università degli studi di Modena e Reggio Emilia
antonella.lotti@unimore.it

ABSTRACT

This paper highlights Faculty Development in Medical Education, its creation and evolution, approaches, main strategies and content.

Faculty Development in Medical Education started at Buffalo University (USA) in the Fifties and the paper describes the important role of George Miller, the collaboration between School of Medicine and School of Education, the first projects of teacher training and the first research in this domain, the creation of first Centres of Medical Education in USA and worldwide, the disseminating role of World Health Organization.

ABSTRACT

Questo articolo descrive il *Faculty Development* in Medicina, la sua creazione ed evoluzione, approcci, strategie e contenuti principali.

Il *Faculty Development* in Medicina, o *Medical Education*, è iniziato alla Buffalo University (USA) negli anni Cinquanta e l'articolo descrive l'importante ruolo giocato da George Miller, la collaborazione tra la Facoltà di Medicina e la Facoltà di Scienze dell'Educazione, i primi progetti di formazione dei docenti e le iniziali ricerche in questo campo, la creazione dei primi Centri di *Medical Education* negli USA e nel mondo, il ruolo di divulgazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

TAKE-HOME MESSAGE

Faculty Development in Medicine, or Medical Education, started in the Fifties at Buffalo University with the collaboration of School of Medicine and School of Education.

INTRODUCTION

Faculty Development (FD) is a focused term that covers a range of activities designed to improve student learning and to help faculty to improve their competence as teachers. (Eble & McKeachie, 1985).

This paper tries to answer the question “When did Faculty Development start in recent history in the field of Medical Education?” and proposes that Medical Education began its activities at Buffalo University in the Fifties with a small group of Faculty Members coming from the School of Medicine and the School of Education decided to collaborate to improve medical education.

THE ROOTS OF MEDICAL EDUCATION AT BUFFALO UNIVERSITY

The beginning was a mild-mannered paediatrician turned pharmacologist.

(Miller, 1980)

Edward Bridge was a clinician at the John Hopkins School of medicine when, in 1948, he joined University of Buffalo faculty. His professional interests were primarily in functional disabilities of children with

convulsive disorders, so he had increasingly confined to the laboratory rather than clinic and thus he had the opportunity to see students during the early years of their medical education. Bridge was troubled by what he saw:

“Students come to a medical school eager to learn, motivated strongly, and with unusual high average abilities as measured in terms of college achievement. ... Within 2-4 weeks the large majority feels overpowered, knows he cannot possibly absorb all the material described in Gray’s Anatomy, ... he is likely to fail at the very outset of a hoped-for career. The advisor now finds the student in a state of confusion, sometimes amounting to near panic, wondering what to study, how to proportion his time, what is important.”

(Miller, 1980)

Such questions caused Bridge to think increasingly about the nature of medical schools’ program and consulted dr. Lester Evans, executive of Commonwealth Fund. In 1950 Evans proposed to simply divide the freshman class into small groups and pick from any place in the faculty good

young teachers who could be interested in meeting with these groups of freshmen students once every two weeks.

1. Introduction to Medicine

Bridge accepted Evans's suggestion and found 15 young faculty members who proposed an elective to their students with two objectives: 1) to provide opportunities for the students to talk without inhibitions regarding themselves, their interests and the medical curriculum; 2) to expose students to a variety of experiences illustrating the human and social aspects of disease. Among these Young Turks there was George E. Miller.

The student/tutor groups were scheduled to meet for about two hours every other week. On the alternate weeks Bridge proposed that the tutors came together to discuss their observations and to consider methods of applying modern principles of education to their own instructional problems. In this way the Seminar on Medical Education began and it continued without interruption for five academic years with the formal title of Introduction to Medicine (Miller, 1980).

Since the first year, the entire project was successful: at first tutors struggled to find appropriate content and format for the meetings and asked for help.

Bridge introduced resource persons drawn from other university divisions, experts who were professionally qualified to speak authoritatively about such matters as student selections, student evaluation, student study habits, the nature of learning and the use and abuse of laboratory teaching. These contributors included professor of education, psychology, sociology and English. Great care was exercised to maintain the focus of the seminar on the real educational problems they faced in order to avoid any suspicion that it was a pre-planned course of instruction. The bi-monthly meetings were held in Dean's office conference room

On the other side students asked a closer relationship with the profession for which they were preparing for and they had the opportunity for encounters with patients and practitioners, visits to hospitals and physicians' offices, observation of surgical and obstetrical procedures.

All the project was published in a paper entitled *Bedside teaching for first year students* (Miller, 1954).

Bridge also found time to continue his exploration of new ideas and potential sources of stimulus outside the university of Buffalo and during a trip he spent some time with Benjamin Bloom at the university of Chicago who suggested the kind of col-

laborative study between professionals in education and those in medicine.

2. Adventure in Pedagogy

Bridge proposed to Nathaniel Cantor, chairman of the Department of Sociology and Anthropology, to lead the group of tutors a step further in the field of adult education and to plan ten 2-hour seminars at weekly intervals. The purposed text was Cantor's book *The Teaching Learning Process* (Cantor, 1953) but the real text was tutors' own experience as teachers and learners examined under Cantor's masterful leadership.

Cantor had been much influenced by the work of Carl Rogers and he proposed an unforgettable learning experience to all the participants who defined it as "Experience of such pivotal importance in further evolution of the Buffalo program ..." that is impossible to synthesize it. They learned that people learn what they want to learn and the role of motivation; that learning and knowledge are different: significant learning is an emotional as well as an intellectual experience; that true learning implies change and, finally, that true learning requires freedom. (Miller, 1956).

At the end of Cantor's seminar, the group was aware that the sciences of education could give an important help to become

better teachers, and consequently they were ready to develop a more elaborate training program for medical teachers, that will be defined "the first known example of faculty development in medical education" by Hilliard Jason (Guilbert, 2007).

3. Project in Medical Education

George Miller writes that they planned "a year-long faculty fellowship, a work-study program designed to provide the philosophical base, the cognitive structure and the technical skills that should characterize a professional faculty member" (Miller, 1980).

Five broad areas seemed appropriate for study in sufficient depth to assure perspective and understanding: teaching-learning process, the nature of medical student, materials and methods of instruction, evaluation, general background of higher education.

Although the initiative came from the School of Medicine, the program was mounted with the active participation of the School of Education. In 1954 a committee was created to plan in detail the project that was presented to some Funds to be financed and was accepted by the Commonwealth Fund where Lester Evans was really encouraging.

The project had, among others, these goals: 1) to determine the importance to

the education of medical students of an increased awareness among medical teachers of fundamental educational principles; 2) to determine the feasibility of a continuing cooperative effort between a school of medicine and other university divisions in the development of more effective teachers in medicine; 3) to assess the effect of changes in mode of instruction that may result from this teacher training program upon medical student learning .

In the Project in Medical Education a minimum of four University of Buffalo School of Medicine faculty members and four visiting faculty from comparable departments had to take part in a work/study program. All were selected on the basis of their interest in teaching. At the end of the year each Faculty would have returned to their regular activities. Faculty fellows had to devote themselves fully to a year long work/study program which was planned to begin two weeks before the regular academic year.

During the first week an introductory seminar on one of the five proposed topics would be held in the afternoon. The second week would have been devoted to an intensive consideration of the teaching learning process in a two-hour seminar each morning and afternoon. For the remainder of the year one half of each day would be given to regular departmental activities, the other half to independent

study and seminar discussion of the selected educational topics. (Miller, 1980).

The Commonwealth Fund's response was positive because they found that this project was unique and something quite different from anything in the field of medical education. They appreciated the interdisciplinary contributions from education, sociology and psychology; the focus on the learning process and the quality of people involved. They allocated \$131,400 to support the Project from December 1955 to August 1958.

Once the support was assured, the planning committee started the main tasks: preparation of seminar content and leaders; recruitment of participants, and development of an evaluation system for the entire project.

For seminar content and leaders, it was decided to have a joint couple of leaders:

1. *The teaching-learning process*: Nathaniel Cantor, chairman of the Department of Sociology and Anthropology and Phillip Wels, instructor in Surgery.
2. *The nature of the medical student*: Ira Cohen head of psychology clinic and Harold Graser, instructor of psychiatry in the school of medicine.
3. *Evaluation*: Stephen Abrahamson, associate professor of education and Director of the educational research centre in the

college of education, and Ivan Bunnell, assistant professor of Physiology.

4. *Communication, including techniques of instruction.* Robert Harnack, associate professor of education and specialist in curriculum and instruction, and George Miller, assistant professor of Medicine, and director of house staff education at Buffalo General Hospital and coordinator of the Project in Medical Education.

5. *The evolution of higher education:* Lester Anderson, vice chancellor for educational affairs and professor of higher education and Edward Bridge, professor of pharmacology.

Miller says that the worth of joint medical and nonmedical seminar leadership was demonstrated again and again during all the year: many of the pairs of leaders spent long hours together observing medical school lectures, laboratory exercises, ward and clinic teaching. They visited other universities such as Cornell, New York University, Columbia and Rochester.

There were also monthly meetings of the entire group during which individual seminar planning became a shared experience.

The recruitment brought eight medical teachers coming from bacteriology, obstetrics and gynaecology, pharmacology and surgery and one third-year medical student who had decided to work simultaneously

toward a doctoral degree in education: Hilliard Jason.

The evaluation system was planned by Stephen Abrahamson who wanted to test the hypothesis that an increased awareness of educational principles would lead to changes in the attitudes of medical teachers toward the process of medical education and in their instructional practices. He detailed the sub-objectives of the research and identified methods and tools: interviews, daily log and diary, periodic observations of participants, anecdotal records. An Abrahamson's young graduate student, Edwin Rosinski, had the responsibility for study the attitude change and Hilliard Jason carried similar responsibility for the study of teaching practices. Rosinski created an attitude inventory of 120 statements distributed among six areas and Jason created a comprehensive list of teaching characteristics derived from a review of literature.

In 1956 after Labor Day the visiting faculty members arrived and the program started. By June a vast quantity of information about the program had been accumulated from participants and seminar leaders and all led to the same conclusion: it had been a remarkably successful undertaking.

The good news spread fast and very qualified persons valued the Buffalo experience. Former secretary of AAMC said that Buffa-

lo was clearly exploring new territory in medical education and the dean of Yale University school of Medicine noted : “Based on the experience gained in this experiment at Buffalo, I can see great value in the development of a syllabus or outline for a series of bi-weekly conferences over an academic year for new faculty members at any medical school”.

Although the first round had been very successful, the second year was more difficult. Nathaniel Cantor died after a short illness and the new six participants were more aloof and never succeeded in establishing a group identity.

Rosinski conducted a one-year follow-up on twelve of the thirteen participants, their department heads, a random sample of teaching colleagues and the medical school dean. He found that the project experience has resulted in discernible, significant and persistent change in performance as faculty member. *More rapid maturation, greater confidence, willingness to test alternatives and to accept differences, encouragement of students to discover what they needed rather than to absorb what they were told, a more questioning and less dogmatic approach to educational planning and implementation.* (Miller, 1980)

At the end of the Project, Commonwealth Fund offered an extra two-year grant for a

new phase aimed to develop seminars and workshops in education for larger numbers of interested faculty from other schools and to develop reference materials and workbooks. AAMC joined in sponsoring the University of Buffalo Summer Institute on Medical teaching, a two-weeks retreat dedicated to medical education for 25 faculty members coming from 21 universities. George Miller edited the book *Teaching and Learning in Medical School* (Miller, 1961).

Ironically by the time *Teaching and Learning in Medical School* was published the program that was spawned it was moribund, because Dean Kimball died and none of the deans who succeeded were very supportive; many implicated persons were invited to disseminate their experience in other universities, ready to start the first centres for faculty development in Medicine.

4. Colonization

In 1959 Commonwealth Fund financed a new study to determine the impact of an educational consultant on a medical school. The research proposal had four objectives: to prepare a professional educator in the field of medicine; to do a match between a school and the educator; to implement through seminars and consultations and, finally, to evaluate its impact.

Commonwealth Fund decided to pay the subsidy for an educational consultant-in-residence and the choice was Edwin Rosinski for the Medical College of Virginia, where he went and worked for seven years.

Stephen Abrahamson established the second colony in 1959 at Stanford University, which was engaged in a major curriculum revision. Here Abrahamson introduced individualized educational program and worked collaboratively with Andrew Hunt, a paediatrician who moved later to become the founding dean of the Michigan State University School of Human Medicine, where firstly he established the Office of Medical Education Research and Development (OMERAD).

Abrahamson returned to Buffalo after a year and then he moved to University of Southern California for the rest of his life, where he directed one of the most prominent medical education unit in USA; at USC he created the first simulations and standardized patients, together with Howard Barrows, the world famous father of Problem Based Learning.

George Miller went to University of Illinois College of Medicine to lead a research project and the establishment of a permanent centre: the Office of Research in Medical Education (ORME). He decided to create a very interdisciplinary endeavour and took

as associate program director an educationalist, Lawrence Fisher, trained by Ralph Tyler (one of the top-ranking professionals in curriculum and evaluation) and Christine McGuire.

Commonwealth Fund provided financial assistance to establish the OMERAD at Michigan State University and dean Hunt chose Hilliard Jason as first director of the unit. OMERAD was planned as a vital part of the faculty, both functionally and organizationally: a faculty member from each academic department was part of it. "*Insinuation of this unfamiliar resource into all planning, implementation and evaluation was assured*" (Miller, 1980). OMERAD was also represented in all major educational policy committee. The Office developed degree and non degree programs for those anticipating careers in medical education. Hilliard Jason worked hard in a very open-minded endeavour and he could introduce new ideas as simulated (standardized) patients and video recordings for first year students.

This very stimulating new medical program attracted visitors from abroad and among them a mention is dedicated to Harmen Tiddens, founding Dean of Maastricht university and Vic Neufeld from McMaster University.

In his experience at MSU, Hilliard Jason understood how important cross-

fertilization among members of the group was: they used weekly meetings in which everyone took turns presenting their work, their vision, their successes and their challenges in a non-judgmental atmosphere. After some years, in 1974, AAMC invited Hilliard Jason to become Director of the Division of Curriculum, and he accepted with one condition: the elevation of the faculty members who design and implement curricula. They agreed and converted their Division of Curriculum into the Division of Faculty Development. Jason remembers: *“As far as I know, that was the first time the phrase “faculty development” was used in a medical education context. I felt it marked the beginning of a needed transformation in the thinking of some of our country’s medical education leaders, toward accepting faculty development as a foundation requirement in medical education”* (Guilbert, 2007).

During his fourth year at AAMC, Jason offered workshops on various aspects of faculty development. Due to the budgetary constraints, AAMC couldn’t keep Jason for longer so he moved to the University of Miami where he created, with his wife Jane Westberg, the National Centre for Faculty Development where they remained for 12 years until 1992.

In those years they continued to offer, with many collaborators from medical schools

around U.S., workshops for faculty and produced a large collection of resources for use in faculty development including booklets, instructional videos and self-study documents. They also pursued a large federally funded 5-year faculty development project involving faculty and residents of all 9 family medicine residency programs in Florida (Jason and Westberg, 1984).

5. The disseminating role of World Health Organization

In the same years World Health Organization had been dealing with the problem of teacher-training and in 1952 its Expert Committee on Professional and Technical education of medical and auxiliary personnel made specific reference to formal pedagogic preparation of faculty members. WHO studied the Buffalo School of Medicine and School of Education project and asked to George Miller to design an international program to train medical teachers in the five continents. George Miller proposed to identify an Interregional Centre in Chicago which could offer training in education to health professions personnel who will man Regional Centres that will in turn spawn National Teacher Training Centres. Miller’s proposal was accepted and implemented, and many regional and national centres were created worldwide. The Inter-

regional Centre was established in the Centre for Educational Development at the University of Illinois, the Regional Centres were designated in Africa (Makerere University in Kampala, Uganda as English-speaking centre and University centre for the health sciences in Yaoundé, Cameroon for a French-language centre); in Eastern Mediterranean Region at Pahlavi University School of Medicine in Shiraz, Iran; in Western Pacific Region at the University of New South Wales; in South Asia Region at the University of Sri Lanka and at Chulalongkorn University in Bangkok; in the American Region there were designed a centre at the Federal University of Rio de Janeiro and one in Mexico City. In Europe there were many health professions educational research and development groups: the Center for Medical Education in Dundee, Scotland; the medical education staff at the University of Maastricht, the Netherlands, the British Life Assurance Test Centre for Health and Medical Education in London, the faculty of medical Education in the central Institute for postgraduate studies in Moscow.

The WHO Headquarters Division of Health Manpower Development was headed by Tamas Fulop, original driving force for the sequential worldwide program.

Tamas Fulop, Chief medical officer for postgraduate education at the WHO Head-

quarter in Geneva, said at the 4th World Conference on Medical Education held in Copenhagen in 1972, that considerable progress was made in the period 1962-65 since a total of 320 teachers from 33 countries from the Americas received training in pedagogy applied to medicine (Medical teaching). Seminars, workshops and study tours also had been organized by WHO Regional Offices to promote the same subject (Fulop & Millker, 1972).

In the conduct of teacher training workshops, Jean-Jacques Guilbert (WHO Chief Medical Officer for educational planning) a physician who won his doctorate in Education at the University of Southern California Division of Research in Medical Education, was without peer. Guilbert had both refined the workshop format and created an educational handbook designed as a centrepiece for the individual and small-group study that characterized most of workshops. (Guilbert, 1998)

The Pan American Health Organization later engaged Edward Bridge, who had planted the seed that grew in Buffalo University, and he trained nearly 1200 medical schoolteachers in a decade in Latin America.

Miller led a survey in 1977 and he identified seventy-two medical schools in the United States and Canada that seemed to have clearly established unit of educational

research and development. The units ranged in size from two with no-full time professional to three with more than fifty, the median number was 5. All units offered assistance to faculty in the design and development of curriculum, instructional materials and evaluation procedures as the improvement of teaching practices.

6. *The role of Associations*

Many associations played a role in disseminating medical education principles: among them it is important to cite Association of American Medical Colleges (AAMC), American Health Association (AHA), Association of Education and Research in America (AERA) with their Special interest group dedicated to Medical Education like Conference on Research in Medical Education (R.I.M.E.) at the AAMC, S.I.G. Health Professions Education as formal AERA division (then called Division of Education in the Professions).

An extraordinary role was also played also by the Network of Community oriented Institutions for Health, gathering the most innovative medical schools in the world under the auspices of WHO, which was founded in 1979.

In 1972 AMEE was founded in 1972 in Copenhagen¹, to foster communication

among medical educators and to help promote national associations for medical education throughout Europe (Wojtczac, 2013). AMEE is the European regional association of the World Federation for Medical Education and a member of the WFME Executive Council. Several European national medical education associations are corporate members of AMEE. Over the past decade AMEE has developed steadily both in size and in the sphere of its activities and is now a worldwide association with members and contacts in over 90 countries.

Many journals and conferences worldwide wit the lively activity of this field today in the world.

CONCLUSIONS

Faculty Development has an important role in Medical Education and its roots can be easily found in a group of passionate medical doctors and educationalists who worked together, as pioneers, in Buffalo University in the Fifties leaving a remarkable and inspiring footprint.

REFERENCES

Cantor, N. (1953). *The teaching-learning process*. New York, USA: Dryden Press.

¹ For Italy there was dr. Giovanni Lotti, Director, Italian Centre for Medical Education at the Villa Nobel, San Remo, Italy

- Fulop, T. & Miller, G.E. (1972). Teaching the teacher to teach. In The World Medical Association, *Educating Tomorrow's doctors. Fourth World Conference on medical education. Copenhagen 1972*. Chicago, Illinois: American Medical Association.
- Guilbert, J.J. (1998). *Educational Handbook for health personnel*. 6th edition, Geneva: WHO Offset publications n. 35.
- Guilbert, J.J. (2007). Making a difference: an interview with Hilliard Jason. *Education for Health*, volume 20, (issue 3), page 110.
- Jason, H., Westberg, J. (1984). Microcomputers in faculty development: the Florida FAC-NET Project. *Journal of Family Practice*, volume 19 (issue 1), page 72.
- Miller, G.E. (1954). Bedside teaching for first-year students. *Journal of Medical Education*, volume 29 (issue 1), page 28.
- Miller, G.E. (1956). Adventure in pedagogy. *J.A.M.A.*, volume 162, (issue 15), page 1448.
- Miller, G.E. (1961). *Teaching and learning in Medicine*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Miller, G.E. (1980). *Educating medical teachers*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Wojtczac, A. (2013). *History of AMEE 1972-2009*. Occasional Paper No 5: AMEE.

A single learning activity for large interprofessional group can boost the perception of value of interprofessional education

Anna Marchetti¹, Anna Teresa Giallonardo², Antonella Conestà³, Fabrizio Consorti⁴

¹ RN, MSN, PhD, Campus Bio Medico University, Rome, Italy, e-mail: a.marchetti@unicampus.it

² MD, Sapienza University, Rome, Italy, e-mail: annateresa.giallonardo@uniroma1.it

³ RN, Ped, Sapienza University, Rome, Italy, e-mail: antonella.conesta@uniroma1.it

⁴ MD, Sapienza University, Rome, Italy, e-mail: fabrizio.consorti@uniroma1.it

ABSTRACT

Introduction. The interprofessional education activity consisted in a single 4 hours meeting and it was built on three theoretical pillars: the framework of Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (IPEC), Kolb's model of experiential learning, and Vygotsky's concept of social learning. The objectives of the activity were to enable students to identify the elements of IPEC framework in a healthcare situation and to show awareness of the value of interprofessional collaborative practice.

Materials and methods. The meeting was composed by different phases: introduction and sharing of objectives and methods, followed by two cycles of short lecture, small group activity and large group discussion. At the beginning and at the end of the meeting, a questionnaire with items exploring students' attitude on interprofessional collaboration was administered. A questionnaire of satisfaction was also administered at the end of the meeting. Eighty-four students at the last year of different degree course of health care professions (nursing, midwifery, psychiatric rehabilitation) joined the meeting.

Results. The pre-post test mean values for the items of the questionnaire of assessment significantly increased for all students. The Cronbach alpha value of the questionnaire was 0.75, indicating an acceptable level of internal reliability. The scores of the satisfaction questionnaire were largely positive.

Conclusion. This study shows that single learning activity for a large interprofessional group can be effective in increasing a positive attitude and provides some data on students' perceptions on interprofessional learning in an Italian context.

Keywords. Practice educator, collaborative practice, interprofessional education, students' attitudes.

BACKGROUND

The World Health Organization (WHO) advocates for healthcare professional students have to engage in Interprofessional education (IPE) to develop Interprofessional collaboration (IPC) competencies useful in real-world practice [1]. Therefore, Interprofessional Education within healthcare professional programs is an expectation within the curriculum [2,3]. The international literature supports the effectiveness of IPE in healthcare professional programs to prepare new graduate professionals able to participate effectively as members of interprofessional healthcare teams [4]. Moreover, students seem to value early exposure to the roles of other healthcare professionals [5]. In fact, learning within interprofessional student teams provides students with the opportunity to experience how healthcare professionals learn collaboratively within and across professions in order to improve patient care [6].

INTERVENTION

This learning activity for large interprofessional group consists in a single 4 hrs meeting and it is built on three theoretical

pillars: the framework of Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice [7], Kolb's model of experiential learning [8], and Vygotsky's concept of social learning. The Interprofessional Education Collaborative (IPEC) framework is arranged according the four domains of values and ethics, roles and responsibilities, interprofessional communication, team and teamwork [9]. These elements were taken into account in designing the activity and the instrument of assessment. In greater detail, Kolb's model inspired the sequence of learning activities, which started with a visual experience and with the recall of a lived experience (see the activity description section and Figure 1 and 2 for details), followed by a socially shared construction of meaning and was concluded by a theoretical synthesis by one of the teachers. The social dimension of learning was activated both by dividing the whole group in small groups for part of each activity and by a shared feedback from the large group about the product of the small groups' activity.

The activity is addressed to any group of interprofessional students, and it is particularly suited to start an interprofessional

program, with a special focus on interprofessional collaboration during clinical internship. It requires that the students already have a certain amount of clinical experience.

This first test of the activity was held on April 2018 in Viterbo, where one of the peripheral university campuses of Sapienza University of Rome is located and where some of the three years long curricula for healthcare professions are held. Students from the third year of the curricula of nursing, midwifery and assistants for psychiatric rehabilitation were gathered in a lecture hall and a 4 hours meeting was conducted. The specific learning objectives of the activity were to make students able:

- to identify the elements of IPEC framework in a healthcare situation;
- to show awareness of the value of interprofessional collaborative practice.

To accomplish these learning objectives, we aimed to make students able to use the IPEC framework and the critical incident technique to interpret and give a meaning to their clinical experience.

Activity description

The whole meeting was composed by:

- introduction and setting of objectives and methods;
- a warm-up activity with large group discussion;

- a first short lecture;
- a second small group activity, followed by a large group discussion;
- a final short lecture.

The first warm-up activity started with the observation of two photographs, taken in real life situations (an operating room and an emergency room during a high-fidelity simulation), showing an interprofessional and interdisciplinary team in action. The following questions were asked:

What's happening in this photograph?

- Who are the actors?
- Which are their roles, scope and responsibility?



Figure 1. An example of photographs used in the warm-up activity



Figure 2. An example of photographs used in the warm-up activity

Participants were asked to briefly discuss with the student sitting near to them (“think-pair-share” technique) [10,11,12], then the answers were discussed in the large group.

After the discussion, a short oral presentation of the main concepts of interprofessional practice was given, the IPEC framework introduced and a handout distributed.

The whole group was then divided in 10 interprofessional small groups of 8-9 components and a “critical incident” session was run. The critical incident technique is used to collect and analyze behaviors in defined situations [13]. The term “critical” indicates that the behavior described in the incident plays an important role in determining an outcome [14]. This technique has been effectively used by health services researchers in studies of health care quality [13]. The instructions for this session were:

1. Introduce yourself to the rest of the group and then choose a name for the group;
2. Individually, recall a significant situation in your clinical practice as a student, in which a problem in at least one of the four domain of the IPC framework arose;
3. Everyone shares a brief narrative of their episode. The group will then choose the one to be presented in the final plenary session;

4. Use the “Critical incident form” to describe in details what happened in the chosen situation (Table 1).

- Describe the context and the protagonists of situation
 - Reconstruct emotions, actions, climate and work modalities by providing clear and concrete examples of behaviors or words observed
 - Explain why the incident is critical from your point of view
 - Describe the feelings and thoughts of that moment
- What could be done different?

Table 1. Critical incident form

The ten narratives were shared in a final plenary session and freely commented by the participants. Academic staff joined the discussion and - when appropriate - recalled the IPC framework as the best context to give a meaning and interpret the situations. A final short lecture summarized and discussed the main emerged themes and their relationship with the IPC framework.

What could be done different?

Assessment and Evaluation

At the beginning and at the end of the meeting, a questionnaire was administered, with the following four statements:

1. I feel the need to meet and discuss with students from other healthcare professions to improve my proficiency in study and learning;
2. I feel the need to meet and work with students from other healthcare professions during my practice;
3. I have knowledge of the basics of inter-professional collaboration;
4. I have knowledge of the competencies of the other healthcare professions. Students graded the statements from 1 (complete disagreement) to 9 (complete agreement). A questionnaire of satisfaction was also administered at the end of the meeting (Table 2). It was derived from the standard questionnaire used at Sapienza University.

RESULTS

Eighty-four students at the last year of different degree course of health care professions (nursing, midwifery, psychiatric rehabilitation) joined the meeting. Table 3 shows the distribution for sex and healthcare profession.

Table 4 shows the pre-post test mean values for the four items of the questionnaire of assessment.

The mean value significantly increased for all of them. The Cronbach alpha value of the questionnaire was 0.75, indicating an acceptable level of internal reliability. The scores of the satisfaction questionnaire were largely positive, showing interest and appreciation of the activities.

- Were you interested in the topic of this lesson?
- Was the lesson well organized?
- Were you involved in learning activities?
- Overall, were you satisfied with this lesson?

Table 2. Questionnaire of student's satisfaction, four grades from 1 (absolutely no) to 4 (absolutely yes).

Personal data (84 students)		No. (% of total)
Sex	F	57 (67.8)
	M	27 (32.2)
HC profession	Nursing	58 (69.0)
	Midwifery	13 (15.5)
	Psychiatric rehabilitation	13 (15.5)

Table 3. Composition of the sample

Items		Mean	Std. deviation	p value ¹
Item 1 meet and discuss with students from other professions	pre	5,45	2,17	< 0.001
	post	6,55	2,11	
Item 2 meet and work with students from other professions	pre	6,07	2,02	< 0.001
	post	7,19	1,71	
Item 3 Knowledge of basics of interprofessional collaboration	pre	4,42	2,33	< 0.001
	post	6,88	1,72	
Item 4 Knowledge of the competencies of other healthcare professions	pre	4,35	1,59	< 0.001
	post	6,13	1,76	

Table 4. Pre-post score of the questionnaire of assessment

DISCUSSION AND CONCLUSION

The assessed outcome of this learning activity was an increase in students' perception of the value of interprofessional collaboration for their development as future healthcare professionals. A systematic review of learning outcomes of IPE [15] classified the outcomes in six themes: teamwork, roles/responsibilities, communication, learning/reflection, the patient, ethics/attitudes.

The performed learning activity and its outcome fit mainly in the Roles/responsibilities theme, but also in the Ethics/attitudes theme, in considering the "Tolerate difference, misunderstandings and shortcomings in other professionals"

subtheme. Recalling, narrating and discussing critical incidents is in fact in line with such an outcome. As already showed by other researchers [16,17,18], our experience showed also that active interprofessional learning activities for large group are feasible and effective.

Our experience does not confirm a decrease of some of the components of interprofessional learning, mainly in the area of professional image and attitude to teamwork after an IPE activity, observed in other studies [18,19]. We did not explicitly explore the areas of professional image and attitude to teamwork, with instruments like Readiness for Interprofessional Learning Scales

(RIPLS) questionnaire [20] but the post-assessment test showed an increase in the perceived usefulness of IPE activities, like in other studies [21]. Our sample was constituted by a group of the last year of the degree course. Probably they had an already developed professional identity [22].

They met for the first time in an IPE activity and we have no evidence that the described decrease in their attitude could not appear after other IPE activities in the future.

This reflection raises the importance of the curricular design and of timing of IPE activities [23].

Thistlethwaite et al. [24] classified 5 different types of curricular integration for IPE: one or more modules inserted into new or existing curricula, within clinical practice as one element, a common curriculum across all professions, eLearning in parallel with other courses, work-based [24]. Our test was meant to validate a possible module to be inserted in already existing curricula, as an introduction to IPE or an accompanying module during clinical practice.

The design and implementation of IPE is a challenge for all Italian healthcare curricula. The 2014 national healthcare

plan [25] established interprofessional integration as one of the goals in human resources development. The Age.Na.S. - the national agency for continuous professional development - lists interprofessional collaboration as one of the national objectives of professional development [26].

IPE should start early and a variety of active-learning and small group pedagogies should be used [27] including simulation [28]. Research on IPE in Italy is still in a starting phase, with few published articles reporting on the effectiveness of IPE interventions [16,17], others reporting preliminary work about IPE on groups from the same professions [29,30] or instruments and theoretical premises [31,32,33].

Italian curricula of medicine and healthcare professions are often composed by large groups of students and lecture hall is still a pivotal component of the educational system. Hence, besides the use of simulation centers and small group activities, active pedagogies for IPE of large groups of students should be tested. If their effectiveness is proved, it may encourage a wider involvement of faculty members in IPE

programs with a cohesive efforts by administration and faculty [34].

Moreover, our results are coherent with the findings of a recent BEME systematic review [35]. The authors of this review organized their results according the 3P model of learning and teaching [36]: presage (the overall context of learning), process (methods and educational processes) and product (associated outcomes). Part of the success of our activity could be due to the location: for both the faculty and the students of a peripheral campus, located in a small town 80 km far from Rome, being the forerunners in an innovative learning activity could have been particularly motivating. As to the process component, we adopted a theory-based approach in which a particular emphasis was given to the shared interprofessional reflection. Also the role of teachers acting as facilitators during the discussion of the critical incidents was important, pushing the students to use the IPC model to interpret the reported events. Referring own reported experience to a theoretical position is in agreement with Kolb's experiential cycle [8].

This study has some limitations. Firstly, only three healthcare professions were

represented. The study should be extended to students from other professions. Furthermore, the study involved only the students of a peripheral university campus of Sapienza University of Rome. To obtain greater completeness of data and a comparison between results, it could be interesting to involve the entire University and other Italian Universities.

Despite positive outcomes of the educational intervention of IPE courses in various disciplines of healthcare, more research is needed to explore other factors that may determine specific educational outcomes for health care professions students about the effectiveness of IPE programs. This study shows that single learning activity for a large interprofessional group can be effective in increasing a positive attitude and provides some data on students' perceptions on interprofessional learning in an Italian context.

REFERENCES

- [1] World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: WHO, 2010.

- [2] Institute of Medicine (IOM). Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington, DC: The National Academies Press, 2015.
- [3] Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health profession programs. *Nurse Education Today*, (2013) 33, 90–102.
- [4] Murdoch, N. L., Epp, S., & Vinek, J. Teaching and learning activities to educate nursing students for interprofessional collaboration: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 2017, 31(6): 744-753.
- [5] Eccott, L., Greig, A., Hall, W., Lee, M., Newton, C., & Wood, V. Evaluating students' perceptions of an interprofessional problem-based pilot learning project. *Journal of Allied Health*, 2012, 41(4):185–189.
- [6] Barr, H., & Low, H. Principles of interprofessional education. London: CAIPE, 2011.
- [7] IPEC-Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. Available at: <https://www.ipecollaborative.org/resources.html> (accessed on October 29th, 2018).
- [8] Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. Agenas, 2018. Obiettivi Nazionali. <http://ape.agenas.it/ecm/obiettivi-nazionali.aspx>.
- [9] Vygotsky, L. S. *Mind in society: The development of higher psychological process* (C. M Ed.). Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- [10] Linsenmeyer, M. Brief Activities: Questioning, Brainstorming, Think-Pair Share, Jigsaw, and Clinical Case Discussions. In A. P. A. Fornari (Ed.), *How-to guide for active learning* (pp. 44-45). Huntington: IAMSE, 2015.
- [11] Lyman, F. *The responsive classroom discussion*. College Park, MD: University of Maryland College of Education, 1981.
- [12] Nilson, L. *Teaching at its best* (3rd edition ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2010.
- [13] Kemppainen, J. K. *The critical incident technique and nursing care*

- quality research. *Journal of Advance Nursing*, 2000, 32(5):1264-1271.
- [14] Flanagan, J. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 1954, 51(4).
- [15] Thistlethwaite, J., Moran, M., & Practice, W. H. O. S. G. o. I. E. a. C. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 2010, 24(5), 503-513. doi:10.3109/13561820.2010.483366.
- [16] Lochner, L., Girardi, S., Pavcovich, A., Meier, H., Mantovan, F., & Ausserhofer, D. Applying interprofessional Team-Based Learning in patient safety: a pilot evaluation study. *BMC Medical Education*, 2018, 18(1), 48. doi: 10.1186/s12909-018-1164-8.
- [17] Pitini, E., Russo, M. L., Civitelli, G., Pizzini, E., Marceca, M., Di Foggia, F., & Marceca lascone, M. [Public health strategies in the prevention of induced abortion. An experience of interprofessional education based strategy]. *Annali di Igene*, 2014, 26(1): 52-62.
- [18] Wallace, S. E., & Benson, J. D. Bringing Interprofessional Case-Based Learning into the Classroom for Occupational Therapy and Speech-Language Pathology Students. *Occupational Therapy Health Care*, 2018, 32(1): 79-90. doi:10.1080/07380577.2017.1414975.
- [18] Hudson, B. Pessimism and optimism in inter-professional working: the Sedgefield Integrated Team. *Journal of Interprofessional Care*, 2007, 21(1): 3-15. doi:10.1080/13561820600991850.
- [19] Stull, C. L., & Blue, C. M. Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 2016, 30(1): 90-96. doi:10.3109/13561820.2015.1066318.
- [20] Parsell, G., & Bligh, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 1999, 33(2): 95-100.
- [21] Inuwa, I. M. Interprofessional Education (IPE) Activity amongst Health

- Sciences Students at Sultan Qaboos University: The time is now! *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2012, 12(4): 435-441.
- [22] King, B. N., & Ross, A. Professional Identities and Interprofessional Relations. *Social Work in Health Care*, 2004, 38(2).
- [23] Simmons, B., Egan-Lee, E., Wagner, S. J., Esdaile, M., Baker, L., & Reeves, S. Assessment of interprofessional learning: the design of an interprofessional objective structured clinical examination (iOSCE) approach. *Journal of Interprofessional Care*, 2011, 25(1): 73-74.
doi:10.3109/13561820.2010.483746.
- [24] Thistlethwaite, J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, 2012, 46(1): 58-70.
doi:10.1111/j.13652923.2011.04143.x.
- [25] Ministero della Salute. Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82_CSR_PUNTO_16_ODG.pdf.
- [26] Agenas. Obiettivi Nazionali, 2018, <http://ape.agenas.it/ecm/obiettivi-nazionali.aspx>.
- [27] Shrader, S., Hodgkins, R., Laverentz, D., Zaudke, J., Waxman, M., Johnston, K., & Jernigan, S. Interprofessional Education and Practice Guide No. 7: Development, implementation, and evaluation of a large-scale required interprofessional education foundational programme. *Journal of Interprofessional Care*, 2016, 30(5): 615-619.
doi:10.1080/13561820.2016.1189889.
- [28] Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., & Obeidat, A. A. Interprofessional simulation in undergraduate nursing program: An integrative review. *Nurse Education Today*, 2018, 67: 46-55.
doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.001.
- [29] Bagnasco, A., Pagnucci, N., Tolotti, A., Rosa, F., Torre, G., & Sasso, L. The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. *BMC Medical Education*, 2014, 14:106.
doi:10.1186/1472-6920-14-106.
- [30] Zanotti, R., Sartor, G., & Canova, C. Effectiveness of interprofessional education by on-field training

- for medical students, with a pre-post design. *BMC Medical Education*, 2015, 15:121.
doi: 10.1186/s12909-015-0409-z.
- [31] Arrigoni, C., Puci, M., Grugnetti, A. M., Collivasone, L., Fenizia, E., Borrelli, P., De Marinis, M. G. Italian version of Nursing Students' Perception of Instructor Caring (INSPIC): assessment of reliability and validity. *BMC Medical Education*, 2017, 17(1): 218.
doi:10.1186/s12909-017-1032-y.
- [32] Bianchi, M., Bagnasco, A., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M. P., Timmins, F., . . . Sasso, L. Preparing healthcare students who participate in interprofessional education for interprofessional collaboration: A constructivist grounded theory study protocol. *Journal of Interprofessional Care*, 2018, 32(3):367-369.
doi:10.1080/13561820.2017.1340877.
- [33] Sollami, A., Caricati, L., & Mancini, T. Does the readiness for interprofessional education reflect students' dominance orientation and professional commitment? Evidence from a sample of nursing students. *Nurse Education Today*, 2018, 68: 141-145.
doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.009.
- [34] Guraya, S. Y., & Barr, H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 2018, 34(3):160-165.
doi: 10.1016/j.kjms.2017.12.009.
- [35] Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., . . . Kitto, S. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teaching*, 2016, 38(7):656-668.
doi:10.3109/0142159X.2016.1173663.
- [36] Biggs, J. From theory to practice: a cognitive system approach. *Higher Education Research and Development*. 1993, 12:73-85.

Il tutor di tirocinio per le professioni sanitarie: un progetto di formazione continua nell'Azienda Usl della Romagna

*Milena Spadola¹, Carla Cortini², Lucia Bertozzi³, Cosetta Tani⁴, Gioele Santucci⁵,
Valentina Genovese⁶, Antonella Campolattano⁷, Valeria Cremonini⁸, Michele Villa⁹,
Giulia Sebastiani¹⁰, Roberta Tonelli¹¹, Chiara Ceccarelli¹²*

¹ Dirigente e RADP CdL Infermieristica Campus di Rimini UNIBO, Ausl Romagna, Rimini, Italia

² RADP CdL Infermieristica Campus di Ravenna UNIBO, Ausl Romagna, Forlì, Italia

³ RADP CdL Fisioterapia UNIBO, Ausl Romagna, Cesena, Italia

⁴ RADP CdL Ostetricia UNIBO, Ausl Romagna, Rimini, Italia

⁵ RADP CdL Tecnico sanitario di radiologia medica UNIBO, Ausl Romagna, Rimini, Italia

⁶ RADP CdL Logopedia UNIBO, Ausl Romagna, Ravenna, Italia

⁷ RADP CdL Assistente sanitario UNIBO, Ausl Romagna, Rimini, Italia

⁸ Docente a contratto UNIBO, Ausl Romagna, Ravenna, Italia

⁹ Infermiere, Tutor, Ausl Romagna, Rimini, Italia

¹⁰ Infermiera, Tutor e docente a contratto UNIBO, Ausl Romagna, Rimini, Italia

¹¹ Infermiera, Tutor, Ausl Romagna, Rimini, Italia

¹² Infermiera, Ausl Romagna, Cesena, Italia – autore per la corrispondenza: chiaracekps@gmail.com

RIASSUNTO

Le sedi formative dei Corsi di Laurea in convenzione con Ausl Romagna, a seguito della riorganizzazione aziendale, hanno progettato un corso di formazione per il Tutor di Tirocinio di tipo multiprofessionale rivolto alle professioni sanitarie non mediche. La metodologia adottata si basa su quanto definito nelle Linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna per la progettazione formativa.

Parole chiave. Tutorato clinico, tirocinio, formazione continua, professioni sanitarie.

Key-words. Clinical tutoring, health professions, continuing education.

ABSTRACT

Background. The Erasmus program of students' mobility is one of the most successful initiatives of the European Union. Despite the great number of general studies on students' perception about the program and its result, specific studies about medical students are scarce.

Materials and methods. Twelve students after their Erasmus stay wrote a narrative report about their experience, according to a suggested sequence of topics derived from theoretical models of culture, adaptation to diversity and inter-cultural competence. The textual data were analyzed according to the Giorgi's phenomenological method.

Results. Four themes emerged: the Erasmus stay as an initiation journey, an experience of personal transformation and acquisition of independence; a lived experience of professional development when faced with different organizational settings of healthcare provision and professional role models; the emotions of adaptation, both positive and negative, when faced with diversity; a dynamic dialectic between local and global dimension, home and the world, national and trans-national identity. While the themes of cultural and personal development were present in other studies, the idea of professional development was an original tract of this research.

Conclusions. These results have educational implications. An Erasmus stay is always a strong lived experience, that should be prepared and assisted with reflective tools like diaries or a guide to narrative. After their return, students should be given the opportunity to share with their colleagues their experience during formal learning activities, in order to develop a socially built meaning for their stay.

INTRODUZIONE

La Legge regionale n. 910/2019 [1] dell'Emilia-Romagna ha riconosciuto in modo esplicito alla formazione e alla ricerca un ruolo fondamentale nel Servizio sanitario regionale poiché esse costituiscono condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. Questo principio, già sostenuto nella legge regionale n. 29/2004 [2], traina con sé il problema delle modalità attraverso cui tali funzioni si realizzano e si integrano, e delle competenze necessarie.

I cambiamenti delle organizzazioni sanitarie spostano l'asse delle competenze e delle priorità, le attività di insegnamento in aula si spostano progressivamente su profili professionali più articolati, di taglio pedagogico/organizzativo, per rispondere a un'ampia gamma di bisogni: quelli degli studenti per la formazione di base, quelli del primo inserimento nel mondo del lavoro, quelli legati alla specializzazione e, ovviamente, quelli relativi alla formazione continua dei professionisti già inseriti nell'Azienda.

In questo contesto viene proposto come elemento fondamentale il ruolo del tutor in relazione alla formazione di base; è noto che spetti all'Università il mandato di coniugare l'apprendimento teorico con quello clinico, definito tradizionalmente tirocinio, con l'obiettivo di formare professionisti con competenze adeguate all'attuale panorama sanitario [3]. L'apprendimento clinico riveste un ruolo fondamentale, in quanto permette allo studente di confermare nella pratica ciò che ha appreso nella teoria, attraverso un processo attivo e responsabile, orientato secondo mandati normativi specifici italiani ed europei. Perfino i decreti che regolano l'organizzazione dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie riconoscono questo protagonismo del tirocinio, affidandone la supervisione e la guida a tutori professionali appositamente formati e assegnati. Il tutor di tirocinio o tutor clinico è la figura individuata per affiancare, coinvolgere, sostenere, valutare lo studente in tirocinio e promuoverne l'apprendimento esperienziale [4].

Il termine tutor, di origine latina, deriva dal sostantivo *tutor* e dal verbo *tueri*: è colui che cura, che sostiene, che protegge, che dà sicurezza. Esistono anche termini vicini come mentore (in inglese *mentor*) che deriva dall'amico di Ulisse divenuto poi maestro e guida di Telemaco in sostituzione

del padre, o come *counselor* (utilizzato negli Stati Uniti) dal latino *consulo* (prendersi cura, provvedere a ...). Il tutor è quindi una figura ben conosciuta nel panorama pedagogico presente sin dall'antichità, che si è rafforzata dal Medioevo in poi, in particolare presso gli ordini religiosi detentori di cultura e di mezzi di trasmissione del sapere come la lettura e la scrittura [5].

Il tutor è un professionista che ha la funzione principale di facilitare gli apprendimenti sul campo dello studente e/o neoassunto, visto che è noto che l'apprendimento dall'esperienza sul campo comporta processi complessi. Diversi studi sostengono l'importanza dell'affiancamento di un tutor per sostenere e garantire il raggiungimento di risultati coerenti con il progetto formativo e per migliorare la qualità della pratica professionale [6]. La tutorship, infatti, è un'importante strategia didattica utilizzata in numerosi programmi di formazione di base e post-base per le diverse professioni sanitarie.

Nel panorama italiano, così come in quello internazionale, è presente una certa eterogeneità di definizioni per indicare le figure coinvolte nella formazione dei professionisti sanitari. Nella formazione di base le figure coinvolte nel percorso formativo dello studente sono il tutor didattico e il tutor di tirocinio o guida di tirocinio o tutor clinico.

Il tutor è stato istituito con la Legge n. 341 del 19 novembre 1990 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari" [7]. Nel quadro del Protocollo d'intesa Regione-Università stipulato il 1° agosto 1996 mediante accordi tra Università e Aziende sanitarie, in Emilia-Romagna sono state definite le sedi formative in possesso dei requisiti di idoneità previsti e i criteri per programmazione dei corsi di laurea, il numero degli operatori da formare, le risorse a disposizione e l'organizzazione didattica [8].

Ogni Università ha avviato corsi di laurea, predisposto regolamenti di corso, con la descrizione delle funzioni di tutorato e di coordinamento, e ha stipulato convenzioni con le Aziende sanitarie per definire le sedi formative, luogo deputato a garantire le attività didattiche e professionalizzanti.

Il Tutor di tirocinio è il professionista che facilita l'apprendimento di competenze professionali in situazioni specifiche di Servizi, Unità operative, ecc., esplicitando i modelli teorici sottostanti all'intervento professionale, favorendo le connessioni tra apprendimenti teorici e apprendimenti esperienziali. Egli dipendente dalla struttura presso la quale si svolge la formazione clinica, appartiene al ruolo sanitario e ha lo stesso profilo professionale dello studente che affianca [9; 10; 11].

Successivamente è stata formalizzata la figura del tutor di tirocinio e ciascuna Università ne ha regolamentato l'attività in modo autonomo. Il risultato è una molteplicità di specificità e adattamenti, sia con riferimento alle responsabilità delegate, sia alle professioni interessate [12].

Il tutor didattico, o tutor universitario, è il professionista che nell'ambito della sede formativa assume la responsabilità di facilitare e gestire l'intero percorso formativo dello studente, programmando percorsi personalizzati e trasmettendo la sua competenza nella progettazione formativa e nelle metodologie didattiche.

Alla luce di tale premesse, l'articolo descrive un progetto di formazione continua per il Tutor di tirocinio, per le professioni sanitarie non mediche nel contesto dell'Azienda USL della Romagna.

L'Azienda, istituita con Legge regionale n. 22 del 21 novembre 2013, deriva dalla fusione delle quattro ex aziende sanitarie locali di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini. Tale fusione, in un'unica Azienda nel territorio della Romagna ha comportato, che i quattro ambiti territoriali e quindi le relative sedi formative dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, abbiano dovuto riorganizzare alcuni processi organizzativi e percorsi formativi con l'obiettivo di renderli uniformi.

In particolare, i Responsabili delle attività didattiche e professionalizzanti dei Corsi di Laurea (RADP), afferenti all'Azienda USL della Romagna, hanno sentito l'esigenza di rivedere i singoli progetti formativi, che fino ad allora erano stati adottati per la formazione dei Tutor di Tirocinio o Guide di tirocinio, e di realizzare un percorso formativo comune. Al progetto hanno collaborato professionisti infermieri, esperti nella formazione di formatori.

L'esigenza di implementare un corso di formazione multiprofessionale dedicato ai tutor di tirocinio nasce principalmente con l'obiettivo di:

- ✓ Garantire ai professionisti sanitari una formazione uniforme alla funzione di tutor di tirocinio, poiché fino al 2017 le sedi formative dei Corsi di laurea in convenzione con l'Azienda se ne occupavano in modo autonomo;
- ✓ Qualificare l'attività didattica attraverso l'identificazione e lo sviluppo di ambienti di apprendimento in grado di promuovere la migliore formazione degli studenti dei Corsi di Laurea (Atto aziendale AUSL Romagna, 2015). [13]

MATERIALI E METODI

Il progetto, in ottemperanza a quanto descritto nelle "Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità" [14; 15] si è articolato in tre

fasi.

Nella prima fase è stata condotta l'analisi del contesto per definire le condizioni organizzative, normative e procedurali alla base del progetto formativo ipotizzato. L'analisi è stata realizzata utilizzando i seguenti strumenti:

- un database informatico per mappare i Tutor di tirocinio che avessero effettuato una formazione dedicata al ruolo di tutor nel contesto aziendale, e per individuare le sedi di tirocinio clinico che avessero più necessità di questi professionisti. Il database contiene le seguenti informazioni: nome e cognome del Tutor di tirocinio, numero di matricola, unità operativa, coordinatore di U.O./Servizio, anno di formazione come Tutor, ambito territoriale di appartenenza.
- una macro e micro-progettazione formativa realizzata attraverso otto incontri presieduti dai componenti del Gruppo per definire gli aspetti didattico-organizzativi.

La seconda fase coincide con quello che, comunemente, viene definito evento formativo, ovvero un tempo finalizzato allo sviluppo di un apprendimento attraverso l'utilizzo di diverse metodologie didattiche (lezione, lavori di gruppo, role playing, ecc.). Nel 2018 sono state realizzate due edizioni

formative, ciascuna di quattro giornate, per un totale di 24 ore di formazione per singolo corso ed un potenziale formativo totale di 100 professionisti sanitari.

Nella terza fase è stata realizzata la valutazione dell'efficacia formativa declinandola secondo il modello teorico di Kirkpatrick [16]. Il progetto ha preso in esame i primi tre livelli di valutazione, realizzati al termine dell'evento formativo, mentre il quarto livello è stato ipotizzato in fase di debriefing dai componenti del Team, e verrà implementato a sei-otto mesi di distanza dall'applicazione del modello tutoriale.

Il primo livello di valutazione, che indaga il gradimento dei partecipanti, è stato misurato attraverso un questionario messo a disposizione dall'Azienda sulla piattaforma digitale WHR-Time Gru-Rer ed accessibile al professionista al termine del corso di formazione. Il questionario indaga i seguenti aspetti: i contenuti del corso, i materiali didattici, il clima, l'organizzazione, la valutazione, le docenze e il conflitto di interesse. La scala di valutazione adottata è una scala Likert con un range da 0 a 3 che segue il seguente schema: 0 "Per nulla", 1 "Poco", 2 "Abbastanza" e 3 "Del tutto".

Il secondo livello di valutazione si basa sulla verifica del raggiungimento degli obiettivi di apprendimento in termini di consolidamento di conoscenze e capacità. Tale

verifica è stata realizzata attraverso l'organizzazione di un debriefing nel quale è stato ripreso il punto di vista dei docenti/progettisti sul raggiungimento degli obiettivi formativi dei discenti.

Il terzo di livello di valutazione, con l'obiettivo di indagare la percezione dei discenti sulla qualità del percorso formativo, è stato evidenziato adottando come strumento di indagine il *focus group*. Sono stati organizzati due *focus group* nelle località di Rimini e Faenza, e sono stati invitati in ciascun incontro, un massimo di 10 professionisti selezionati in modo da essere eterogenei per qualifica professionale e per aver avuto un'esperienza di tutoraggio a seguito del percorso formativo svolto.

Prima dell'avvio della ricerca è stata chiesta l'approvazione alle Direzioni Infermieristiche e Tecniche Aziendali che hanno dato il loro assenso alla realizzazione dei focus group. Il reclutamento di questi professionisti è stato possibile grazie alla collaborazione dei Responsabili delle Attività Didattiche e Professionalizzanti dei Corsi di Laurea: ha visto coinvolti i professionisti che hanno frequentato il corso per Tutor di Tirocinio e che hanno accolto ed affiancato studenti nel periodo compreso tra gennaio e febbraio 2019, come previsto dal calendario didattico universitario. Inoltre, i Coordinatori delle Unità Operative/Servizi sono stati sensibilizzati a

favorire la partecipazione dei professionisti. Ai singoli partecipanti è stata inviata, tramite e-mail, una lettera d'invito per formalizzare l'incontro e creare un rapporto di conoscenza tra moderatori e professionisti. Ogni focus group è stato condotto da un moderatore, affiancato da un osservatore che ha utilizzato alcune domande definite per gestire la discussione.

La scelta della sede e dell'orario per la realizzazione del focus è stata vincolata dalla necessità di rendere accessibile al maggior numero di partecipanti l'esperienza e per ogni focus group è stata ipotizzato un tempo massimo di circa 2 ore.

Durante i focus group è stata utilizzata la lavagna a fogli mobili per sintetizzare le opinioni emerse e, al fine di facilitare l'analisi dei dati, il punto di vista dei partecipanti è stato registrato su supporto digitale, previo consenso. Tutti i dati raccolti sono stati trattati in modo anonimo ed aggregato.

Per l'analisi dei dati si è utilizzato una codifica per argomento [17].

È stata realizzata una restituzione dei dati emersi ai partecipanti e ai componenti del Gruppo di lavoro "Tutor".

RISULTATI

Il Gruppo di lavoro ha realizzato la progettazione formativa, dall'analisi del contesto alla valutazione dell'efficacia formativa, nel

periodo compreso tra Luglio 2017 e Febbraio 2019.

La prima fase, che aveva come obiettivo l'analisi del contesto, realizzata attraverso il database informativo dei Tutor di Tirocinio e la macro e micro-progettazione formativa, ha permesso di conoscere la stima quantitativa dei professionisti formati al ruolo di Tutor, al fine di descrivere l'entità del fenomeno. Ad oggi sappiamo che i professionisti formati a tale ruolo sono circa 1700. Inoltre, ha permesso di individuare le sedi di tirocinio clinico più carenti di Tutor, e di conseguenza, utilizzare questo parametro come criterio per la definizione dei partecipanti. In tabella 1 viene presentata una sintesi della mappatura dei Tutor di tirocinio, aggiornata a Maggio 2018 per la professione infermieristica e a Dicembre 2017 per le altre professioni sanitarie. È possibile osservare una certa disuguaglianza sia in relazione al numero di Tutor formati tra le professioni sanitarie coinvolte nel progetto, sia in relazione al numero di tutor formati per ogni professione e l'ambito territoriale. Tale disparità si può ricondurre a due aspetti: la prima è che gli infermieri risultano numericamente superiori poiché maggiormente coinvolti nei contesti assistenziali rispetto alle altre professioni; in secondo luogo, come descritto nel paragrafo "Introduzione", fino al 2017

le sedi formative dei Corsi di Laurea si occupavano in modo indipendente della formazione dei Tutor, offrendo un'offerta formativa differente in termini di contenuti ed impegno orario.

Nella macro-progettazione è stato definito: l'intenzionalità della formazione, l'obiettivo strategico aziendale, le direzioni maggiormente coinvolte nel progetto di cambiamento, il coinvolgimento dei destinatari, gli elementi di contesto facilitanti/ostacolanti il raggiungimento

dell'obiettivo formativo, la revisione dei programmi formativi per la formazione del tutor di tirocinio esistenti prima del 2017.

Nella micro-progettazione: l'obiettivo generale dell'intervento, gli obiettivi didattici, i contenuti formativi, i destinatari di riferimento, il metodo e le tecniche didattiche adottati, i materiali, la durata/tempi del percorso, i docenti, il calendario/programma, la sede, la logistica, il budget eventuale, la modalità di iscrizione, la certificazione ECM

		Ambito territoriale					Totale
		CESENA	RIMINI	FORLI'	RA- VENNA		
Professione	INFERMIERE Frequenza (%)	427 (31,5)	185 (13,6)	444 (32,7)	301 (22,2)	1357 (79,8)	
	OSTETRICA Frequenza (%)	6 (16,2)	9 (24,3)	4 (10,8)	18 (48,6)	37 (2,2)	
	LOGOPEDISTA Frequenza (%)	19 (23,8)	22 (27,5)	10 (12,5)	29 (36,3)	80 (4,7)	
	FISIOTERAPISTA Frequenza (%)	33 (41,3)	8 (10)	20 (25)	19 (23,8)	80 (4,7)	
	TSRM Frequenza (%)	45 (35,7)	33 (26,2)	30 (23,8)	18 (14,3)	126 (7,4)	
	ASS. SANITARIO Frequenza (%)	3(14,3)	11 (52,3)	3 (14,3)	4 (19)	21 (1,2)	
	Totale Frequenza (%)	533 (31,3)	268 (15,8)	511 (30)	389 (22,9)	1701	

Tabella 1. I tutor per le professioni sanitarie nell'Azienda USL della Romagna (2018)

La formazione si è concretizzata in due edizioni, ciascuna da 24 ore, nel periodo compreso tra Ottobre e Dicembre 2018, ed

ha visto coinvolti 99 professionisti sanitari così suddivisi: 51 infermieri, 14 fisioterapisti, 9 ostetriche. 8 tecnici sanitari di

radiologia medica, 7 logopedisti, 6 assistenti sanitari e 4 tecnici di laboratorio biomedico. I tecnici di laboratorio biomedico non sono presenti nella progettazione formativa poiché la convenzione del Corso di Laurea è stata attivata di recente presso l'Azienda USL della Romagna.

La valutazione dell'efficacia formativa, realizzata nella terza fase del progetto, ha permesso di indagare il gradimento, l'apprendimento e il comportamento dei partecipanti. Per la valutazione del gradimento sono stati raccolti 95 questionari su 99 partecipanti (95%).

Le principali caratteristiche del campione sono illustrate in tabella 2.

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella ricompresa tra i 26 ed i 36 anni (50 %), con una netta prevalenza femminile (78%). I partecipanti erano nella maggior parte infermieri (49 %).

In generale, si rileva un gradimento positivo poiché tutti i valori sono superiori al 2, tenendo sempre in considerazione che si tratta di un valore aggregato.

Osservando le figure 1 e 2, si può constatare come non emergano differenze significative tra la 1^a e la 2^a edizione, sia in relazione alla valutazione del corso che alle docenze. L'item numero 12, che indaga la percezione degli interessi commerciali nei contenuti della formazione, è risultato 0 per

entrambe le edizioni formative.

Variabili	Frequenza (%)
Età	
< 26	2 (2)
26-36	46 (50)
37-47	34 (37)
48-58	9 (10)
> 58	1 (1)
Genere	
Femminile	72 (78)
Maschile	20 (22)
Professione	
Infermiere	45 (49)
Fisioterapista	14 (15)
Ostetrica/o	9 (10)
Tecnico sanitario di radiologia medica	8 (9)
Logopedista	7 (8)
Assistente sanitario	6 (7)
Tecnico di Laboratorio biomedico	3 (3)

Tabella 2. Composizione del campione

Analizzando i risultati nel dettaglio, è possibile osservare alcune differenze tra la 1^a e la 2^a edizione rappresentate nella figura 1, relative:

1. al grado di applicazione degli argomenti trattati rispetto alla realtà lavorativa (2,73 nella 1^a edizione e 2,6 nella 2^a);
2. alla qualità dei materiali a supporto dell'attività didattica (2,8 nella 1^o edizione e 2,71 nella 2^a);
3. all'adeguatezza dei tempi rispetto agli obiettivi e ai contenuti della formazione (2,58 nella 1^a edizione e 2,67 nella 2^a).

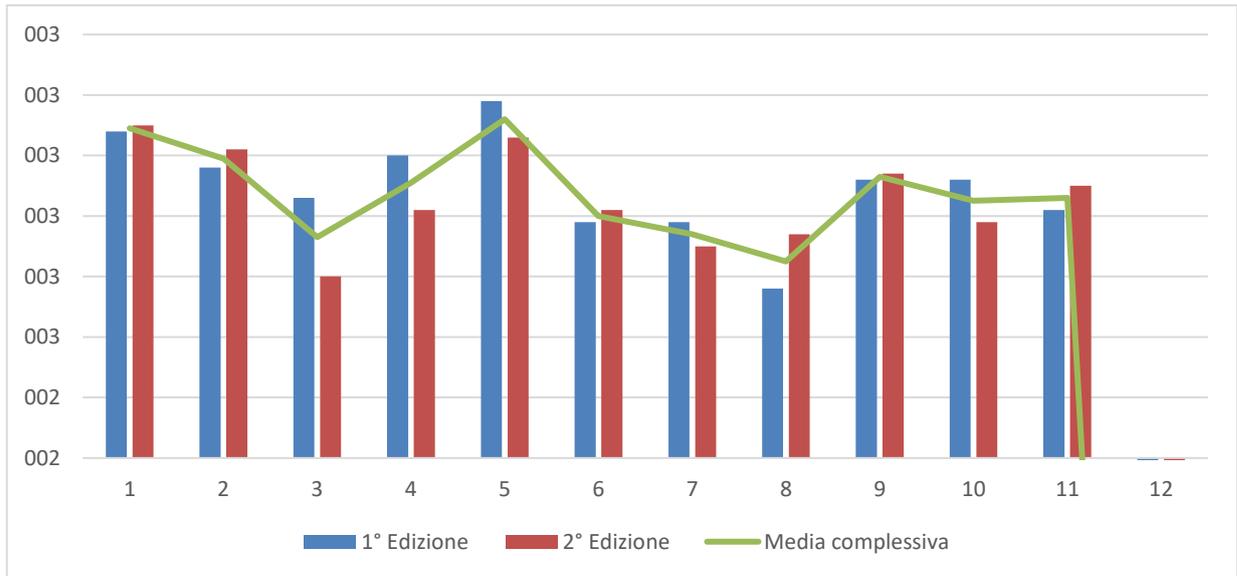


Figura 1. Rappresentazione medie di valutazione del corso.

1. Gli obiettivi formativi sono stati chiari ed espliciti
2. Congruenza fra i contenuti e agli obiettivi enunciati
3. Gli argomenti trattati sono applicabili nella mia realtà lavorativa
4. La qualità dei materiali a supporto delle attività è stata adeguata
5. L'attività di apprendimento si è svolta in un clima positivo
6. Gli spazi utilizzati per l'attività formativa sono stati funzionali e accoglienti
7. Le attrezzature a disposizione sono state adeguate
8. I tempi di svolgimento sono stati adeguati rispetto agli obiettivi e ai contenuti della formazione
9. La segreteria organizzativa è stata efficiente
10. La valutazione di apprendimento è stata adeguata agli obiettivi e ai contenuti della formazione
11. Sono complessivamente soddisfatto dell'attività formativa
12. Ha percepito l'influenza di interessi commerciali nei contenuti della formazione?

Legenda figura 1

Lo strumento non permette di comprendere la causa di tali differenze, se non in relazione al punto 3, per il quale si potrebbe ipotizzare che la gestione dei tempi sia stata più adeguata nella 2a edizione poiché avvenuta successivamente, a fronte dell'esperienza formativa della 1a edizione.

Per quanto riguarda la valutazione dei docenti (Figura 2), è possibile osservare una differenza, relativa all'utilizzo di tecniche didattiche per favorire l'apprendimento, che risulta 2,71 nella 1a edizione e 2,67 nella 2a. Anche in relazione a questo aspetto, è difficile avanzare delle ipotesi per

giustificare tale differenza, considerando che i docenti, i contenuti e le metodologie didattiche previste erano le medesime. Sicuramente il fattore umano, sia in relazione

al docente che ai discenti, risulta difficilmente indagabile con un questionario.

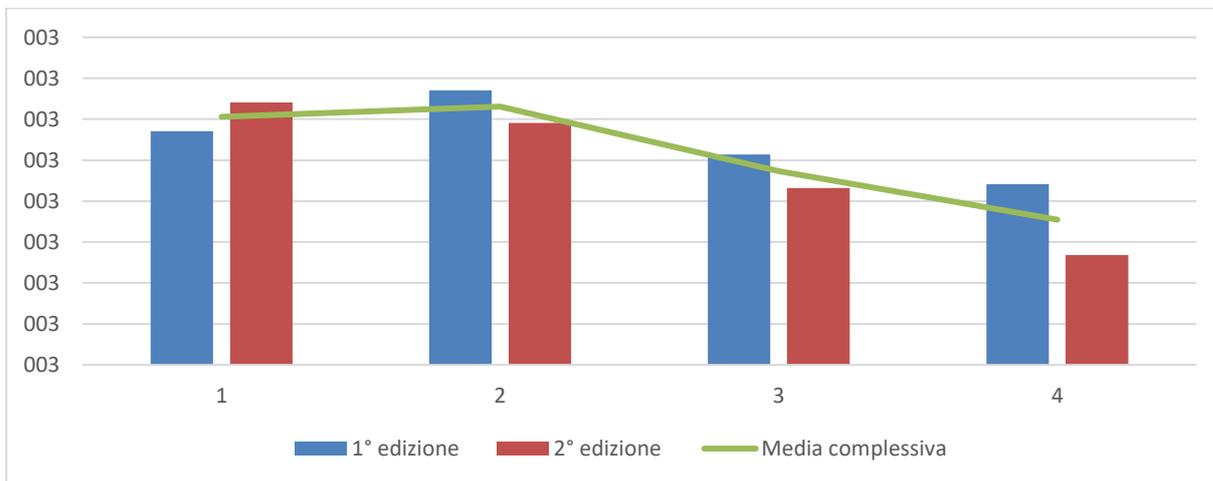


Figura 2. Rappresentazione medie di valutazione dei docenti

- 1. Padronanza del tema trattato
- 2. Chiarezza espositiva
- 3. Capacità di adattare ai discenti il programma e le attività didattiche previste
- 4. Utilizzo di tecniche didattiche che hanno favorito il mio apprendimento

Legenda figura 2:

La valutazione dell'apprendimento è stata indagata durante un debriefing, organizzato tra i componenti del Gruppo, al termine delle due edizioni formative. In questa sede

sono stati evidenziati anche i punti di forza, le criticità e le azioni di miglioramento per la ri-progettazione formativa prevista per il 2019 (Tabella 3).

Punti di forza	Criticità	Azioni di miglioramento 2019
	Obiettivo generale troppo ambizioso per il trasferimento di abilità e capacità in 24 ore di formazione	Formazione retraining; Aumento impegno orario da 24 a 28 ore;
	Troppi obiettivi specifici di apprendimento	Si mantengono solo gli obiettivi

		relativi all'apprendimento di conoscenze
Interesse verso i contenuti formativi	Assenza formazione sui modelli di tutoraggio	Integrazione dei contenuti formativi
Multi professionalità dei partecipanti	Carenza di tutor formati	Aumento del numero dei partecipanti da 50 a 60
Metodologie didattiche attive	Numero ampio dei partecipanti	Maggior presenza dei docenti per una miglior gestione d'aula
Valutazione del gradimento con strumento proposto dall'Azienda	Possibilità di visionare solo le medie aggregate per ogni item indagato.	Non previste
	Scarsa oggettività per la valutazione dell'apprendimento	Questionario di apprendimento

Tabella 3. Sintesi debriefing post-formazione

Il Gruppo ritiene soddisfacente l'impegno e la partecipazione dei discenti ai lavori di gruppo e al role playing, considerando raggiunto l'apprendimento, d'altra parte giudica opportuno costruire uno strumento per rendere più oggettiva e misurabile tale valutazione.

La valutazione del comportamento, quindi il cambiamento nella prestazione lavorativa, è stata indagata attraverso la realizzazione di due focus group, che hanno visto coinvolti 14 professionisti sanitari.

Le principali caratteristiche del campione sono illustrate in tabella 4.

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella ricompresa tra i 33 ed i 44 anni (79%), con una netta prevalenza femminile (86%). Per quanto concerne il titolo di studio il più diffuso è la laurea triennale

(79 %). I partecipanti erano nella maggior parte infermieri (36%) e ostetriche (36%).

In relazione all'esperienza come Tutor, la maggior parte dei professionisti (86%) dichiara di aver avuto altre esperienze di tutoraggio prima della formazione, mentre il 71 % ha avuto un'esperienza di tutoraggio a seguito del corso.

Variabili	Frequenza (%)
Età	
< 33	2 (14)
33-38	6 (43)
39-44	5 (36)
45-50	0 (0)
>50	1 (7)
Genere	
Femminile	12 (86)

Maschile	2 (14)
Professione	
Infermiere	5 (36)
Fisioterapista	1 (7)
Ostetrica/o	5 (36)
Tecnico sanitario di radiologia medica	3 (21)
Titolo di studio	
Laurea Triennale	11 (79)
Diploma regionale	3 (21)
Esperienza di tutoraggio	
Pre-formazione	12 (86)
Post-formazione	10 (71)

Tabella 4. Composizione del campione

L'indagine ha messo in evidenza il punto di vista dei partecipanti in relazione alle seguenti aree tematiche:

- ✓ Il ruolo del tutor di tirocinio
- ✓ L'esperienza come tutor
- ✓ L'esperienza come discente
- ✓ Il bisogno formativo.

Il ruolo del tutor di tirocinio è stata una delle domande-stimolo iniziali del focus group. I partecipanti sono concordi nel considerare i seguenti aspetti, relativi al Tutor:

- è una "guida" per lo studente. Egli rappresenta un esempio non solo per l'apprendimento di capacità tecniche, ma guida lo studente verso una dimensione

superiore, quella del "saper essere";

"Siamo un esempio per loro, in quanto professionisti. Loro osservano come ci relazioniamo con i pazienti, in che modo vediamo la nostra professione."

"E' una figura di riferimento per l'identità professionale. Deve essere capace di trasmettere la professione".

- deve possedere competenze relazioni che si traducono in una giusta comunicazione e un giusto feedback; deve essere coerente, giusto ed obiettivo, soprattutto in relazione alla valutazione.

- ha una responsabilità, che si declina nella dimensione della formazione e della valutazione.

"Il tutor ha una responsabilità di quello che sarà il futuro dello studente".

- nell'adempimento del ruolo si fa carico di una "fatica formativa", derivante dall'impegno e dalla difficoltà a svolgere non solo il lavoro "quotidiano", ma anche ad insegnare allo studente. Tale fatica è stata espressa anche come una maggior esposizione del Tutor alle critiche dei colleghi, facendo sorgere riflessioni sul clima organizzativo e sul riconoscimento del ruolo.

L'esperienza come tutor a seguito della formazione, è stata vissuta dai partecipanti come una presa di coscienza, e quindi di sicurezza, che l'interpretazione di tale ruolo

fa leva sui seguenti aspetti:

- il metodo inteso come lo sviluppo di una metodologia per l'accoglienza, la definizione degli obiettivi di tirocinio, l'individuazione della "giusta distanza" nella relazione, l'interpretazione dei feedback, lo sviluppo della capacità di ascolto, l'abbandono del pregiudizio, la formulazione della valutazione intermedia e finale;
- la responsabilità formativa e valutativa;
- la relazione, ovvero essere coerente, giusto ed empatico pur rimanendo fedeli al proprio ruolo;

"Il tutor non è un amico."

- il riconoscimento del ruolo, non dal punto di vista economico, ma legato alla legittimazione da parte del Coordinatore e dei colleghi.

L'esperienza come discente ha permesso di avvalorare gli aspetti emersi dalla valutazione del gradimento dei partecipanti, senza trascurare che il campione in esame non è rappresentativo della popolazione che ha partecipato al corso.

In generale, si può affermare che i partecipanti sono stati soddisfatti della progettazione formativa, sia in riferimento agli obiettivi didattici, ai contenuti del corso e ai docenti sia agli aspetti organizzativi quali orari, tempi e ambienti di apprendimento.

Nello specifico sono emerse riflessioni relative:

- alle metodologie didattiche, in relazione all'ampio numero dei partecipanti e alla gestione dei tempi.

"Alcuni lavori di gruppi mi sono piaciuti, altri sono stati tirati troppo per le lunghe";

"Il role playing mi è piaciuto molto, ma era ancora più bello se tutti avessero avuto la possibilità di farlo, invece così non è stato perché eravamo in troppi";

"Il momento che mi è piaciuto di più è quando abbiamo scritto in un biglietto la nostra esperienza peggiore con un tutor e poi abbiamo letto e fatto dei commenti, peccato che è stato fatto sul finale del corso e quindi il momento è stato un po' tirato via";

- ai contenuti della prima giornata formativa, percepita come "pesante" poiché focalizzata sugli aspetti storico-normativi della formazione delle professioni sanitarie e della figura tutoriale. Dall'altra parte, è stato espresso un certo interesse alla lezione sulla responsabilità civile e penale in ambito sanitario.

- Ai partecipanti e alle loro diverse professionalità, definite come "un valore aggiunto del corso", con la percezione di come il ruolo del tutor sia trasversale a prescindere dalla professione.

- Al numero di partecipanti, ritenuto al limite per un adeguata gestione d'aula e

poco funzionale per la partecipazione alle metodologie didattiche attive.

L'indagine sul bisogno formativo ha messo in luce la necessità dei partecipanti ad approfondire alcune tematiche relative alla valutazione e ai suoi strumenti, e alla relazione-comunicazione tra tutor e studente. Essi ritengono di aver acquisito delle conoscenze piuttosto che delle competenze, per cui sentono l'esigenza di ulteriori approfondimenti e di "fare esperienza al fine di maturare la competenza". Inoltre, è stata espressa l'esigenza di essere seguiti e motivati in questo ruolo, attraverso una formazione continua e un maggior contatto con il Corso di Laurea.

DISCUSSIONE

Il progetto ha voluto adottare gli elementi metodologici, che rappresentano i determinanti di efficacia in un processo formativo, al fine di realizzare un percorso uniforme alla funzione di Tutor di tirocinio per le professioni sanitarie.

La realizzazione di un database per mappare i Tutor di tirocinio, seppur con un differente approccio metodologico, rappresenta il primo strumento di descrizione del fenomeno tutoriale per le professioni sanitarie nel contesto aziendale della Romagna. Il database prende in esame solo i professionisti che hanno ricevuto una formazione

al ruolo di Tutor, indagando solo in parte il fenomeno, poiché non considera coloro che svolgono attività di tutoraggio senza un percorso formativo dedicato, rappresentando un limite del progetto.

La macro e micro-progettazione hanno consentito non solo la definizione degli aspetti organizzativi dell'evento formativo, ma hanno creato le fondamenta di un Gruppo di lavoro multiprofessionale, sposando la filosofia aziendale del "fare rete" tra gli operatori al fine di costruire percorsi comuni e condivisi. I risultati emersi, in questa fase di progettazione, sono in linea con quanto definito dalle principali evidenze sul tema della tutorship. Esse riguardano: il supporto dell'organizzazione, il riconoscimento della funzione tutoriale, il coinvolgimento di professionisti clinici esperti, l'orientamento verso una formazione multiprofessionale e l'utilizzo di metodologie didattiche attive.

La fase formativa, che ha previsto la realizzazione di due edizioni del corso e la formazione di 99 professionisti sanitari, ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo del Gruppo di lavoro.

La valutazione dell'efficacia formativa ha evidenziato un gradimento positivo della formazione da parte dei professionisti, sia nei risultati emersi dai questionari di gradimento che dai focus group. In relazione al

gradimento, è doveroso fare alcune considerazioni in merito allo strumento utilizzato, in quanto ha comportato limiti di valutazione sulla qualità dei risultati emersi. Un primo aspetto riguarda l'impossibilità per il ricercatore di poter estrapolare i dati distinti per ogni professionista, ma solo la media aggregata per ogni item indagato dal questionario. In secondo luogo, bisogna considerare che la compilazione del questionario rappresenta un criterio indispensabile per ottenere i crediti ECM, lasciando qualche spazio di indagine sull'accuratezza dei risultati ottenuti.

I focus group avevano l'obiettivo di indagare la percezione dei discenti sulla qualità del percorso formativo: i partecipanti hanno dichiarato come, grazie alla formazione, abbiano avuto la possibilità di acquisire un metodo, consentendogli una maggior presa di coscienza e quindi, di sicurezza, nel ricoprire tale ruolo. Hanno espresso l'importanza di acquisire competenze specifiche nel campo psicopedagogico al fine di svolgere in modo efficace la funzione tutoriale. In relazione al bisogno formativo, i professionisti Tutor concordano nell'affermare la necessità di prevedere una formazione retraining ed una formazione successiva e specifica a quella di base, al fine mantenere aggiornate le competenze e la motivazione alla funzione tutoriale. Tali

risultati sono riportati anche nello studio regionale di Priami e Vivoli [6].

In relazione ai partecipanti ai focus group, si riporta che sono stati inclusi nel campione anche due professionisti che non aderivano ai criteri d'inclusione dell'indagine, poiché non avevano avuto un'esperienza di tutorato post corso di formazione. Si è ritenuto opportuno considerare il loro punto di vista poiché avevano già avuto esperienze precedenti di tutorato senza aver compiuto un percorso formativo, per cui risultava interessante comprendere come il corso potesse aver influenzato il loro comportamento.

CONCLUSIONI

La realizzazione del progetto, descritto nel presente articolo, ha messo in luce uno degli aspetti che caratterizza il recente contesto aziendale: il "fare rete" tra i professionisti sanitari al fine di creare percorsi clinici e formativi, condivisi e comuni, in un ambito territoriale così vasto come quello dell'Azienda USL della Romagna. Gli autori hanno raggiunto l'obiettivo di progettare una formazione comune alla funzione di Tutor di tirocinio per le professioni sanitarie al fine di promuovere ambienti di apprendimento clinico di qualità e di sostenere il modello tutoriale come metodologia per il trasferimento dell'apprendimento teorico a

quello esperienziale. La progettazione formativa non ha previsto alcune fasi definite dalla metodologia regionale, come l'analisi del fabbisogno formativo, la fase di accompagnamento degli apprendimenti e la ricaduta organizzativa della formazione. Risulta doveroso prevedere per il futuro una maggior adesione agli aspetti metodologici per un'efficace progettazione.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Legge regionale N.910 del 5 Giugno 2019, Sistema ricerca e innovazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: approvazione del documento tecnico.
- [2] Legge regionale N.29 del 23 Dicembre 2004, Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale, Art. 11 - Promozione della ricerca e della formazione in sanità.
- [3] Gamberoni L., Marmo G., Bozzolan M., Loss C., Valentini O., Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie, Napoli, EdiSES, 2009.
- [4] Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., Il tutor per le professioni sanitarie, Roma, La nuova Italia Scientifica, 1997.
- [5] Rogers C., Libert  nell'apprendimento, Firenze, Giunti e Barbera, 1973.
- [6] Priami D., Vivoli V., I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna - Area vasta Emilia Nord, Dossier n. 246/2014.
- [7] Legge n. 341 del 19 novembre 1990, Riforma degli ordinamenti didattici universitari.
- [8] Biocca M., Copelli P., Pasquali D., I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, Dossier n. 174/2009.
- [9] Frati L., Di Monte V., Saiani L. Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie – settembre 2010.
- [10] Bertozzi A., Montani D., Tutor clinico: percorsi e strumenti per la valutazione, Rivista L'Infermiere N.4, Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche, 2016.
- [11] Canzan et al., Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura, 2018.
- [12] Bottio C. Guerrieri C., Il tutor clinico. Manuale per lo sviluppo delle competenze, Ed. Franco Angeli, 2011.
- [13] Atto Aziendale - Deliberazione n. 414 del 15.05.2015, consultato il 23 Agosto 2019. www.auslromagna.it
- [14] Terri F., Lelli M., Priami D., Accompagnare le persone nei processi di cambiamento - Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Dossier n.262/2017.
- [15] Terri F., Lelli M., Priami D., Un manuale per gli osservatori della formazione ECM,

- Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2017.
- [16] Kirkpatrick DL., Great ideas revisited: Revisiting Kirkpatrick's four-level model. Training and Development, 1996, 50: 54-58.
- [17] Richards L., Morse J., Fare ricerca qualitativa, Milano: Franco Angeli, 2009.

Stabilire connessioni. Vi raccontiamo “Ampio Spettro*”. Un progetto per contrastare l’antibiotico resistenza

Peter Konstantin Kurotschka¹, Alice Serafini², Federico Contu³, Viviana Forte⁴, Luca Pasolli⁵, Giuseppe Parisi⁶

¹ *Medico di Medicina Generale in Formazione, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari, Italia (<https://orcid.org/0000-0003-3750-6147>)*

² *Medico di Medicina Generale in formazione, Azienda USL di Modena, Modena, Italia*

³ *Medico di Medicina Generale in Formazione, Azienda Tutela Salute Sardegna, Cagliari, Italia*

⁴ *Medico di Medicina Generale, Azienda Tutela Salute Sardegna, Cagliari, Italia*

⁵ *Medico di Medicina Generale, Trento*

⁶ *School of Medicine and Surgery, Università di Milano Bicocca - giuseppe.parisi.trento@gmail.com*

RIASSUNTO

Partendo dall’osservazione della distanza esistente tra le indicazioni delle linee guida e la pratica prescrittiva dei medici rispetto all’utilizzo degli antibiotici in persone che presentano sintomi/segni da infezioni di grado lieve è stato messo a punto un progetto su due assi: un asse di ricerca che andasse a studiare le cause profonde del problema dell’inappropriata prescrizione di antibiotici e un asse formativo che avesse l’obiettivo di modificare le abitudini prescrittive dei medici. Ciò cercando contemporaneamente di dipanare le grandi incertezze che i clinici devono affrontare quotidianamente nella loro pratica durante la pandemia da COVID-19.

Altri obiettivi sono stati diffondere una cultura della ricerca tra le giovani generazioni dei medici di medicina generale, e creare un gruppo di giovani professionisti che apprendessero i rudimenti della formazione nel progettare e attuare il percorso formativo stesso.

* “Ampio Spettro” è un progetto finanziato dalla Fondazione di Sardegna (Bando “Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa” 2020).

Vogliamo narrare la storia di quest'esperienza no profit, voluta e portata avanti da un gruppo piccolo di giovani medici in formazione in Medicina Generale -che è stata caratterizzata dalla costruzione continua di connessioni: connessioni tra l'area professionale e l'accademia e altre istituzioni come l'Istituto Superiore di Sanità, la ATS Sardegna e SIPeM, tra ricerca e formazione, tra gli aspetti comunicativi del lavoro del medico e quelli clinici.

Di pregio in questo progetto due aspetti: il primo è l'individuazione dei problemi sul campo da parte dei professionisti coinvolti e che possano avvalersi, nella raccolta e nell'analisi dei dati, del contributo metodologico di istituzioni indipendenti. Il secondo la scelta di una formazione che non sia appiattita su una formalizzazione di didattica tradizionale ma sia rivolta al cambiamento e alla costruzione di un professionista capace di riflessione e pensiero indipendente, che lavori sempre sulla base di evidenze contesto specifiche.

Parole-chiave. Formazione Medica Continua, Medicina Generale, Antibiotico-Resistenza, Farmaci antibatterici, epidemiologia

ABSTRACT

A gap seems to exist between clinical guidelines and the prescribing practices of General Practitioners with respect to the use of antibiotics. This is true especially in patients presenting with symptoms and signs of upper respiratory tract infections. The Broad-Spectrum project was established to address this issue: at the one hand, different research methods are applied to understand the determinants of inappropriate prescriptions of antibiotics; at the other hand, a nationwide distance learning course will be distributed among Italian General Practitioners with the aim of changing the actual prescribing habits of physicians, contemporarily addressing uncertainties faced by clinicians when planning their daily work during the COVID-19 pandemic.

Further aims of the project are to spread a culture of research and evidence-based teaching among the younger generations of General Practitioners, and to create a group of young professionals trained in medical research and teaching.

We want to tell the story of this non-profit experience, carried out by a group of young doctors in training in General Practice - which was characterized by the continuous construction of connections: connections between clinicians and the academy and other institutions and associations such as the National Institute of Health, the Local Medical Boards, the Regional Health Trust of Sardinia and the Italian Society of Medical Education (SIPeM), between research and training, between the communicative and clinical aspects General Practice.

Two features of this project are valuable. The first is that the identification of problems was done by the involved professionals who sought the methodological and institutional collaboration of others in the healthcare system to collect and analyse data perceived as important for daily practice with patients. The second is the choice of a training that is not flattened on a formalization of traditional teaching but is aimed to foster a change in everyday practice through reflection and independent thinking on the basis of context-specific evidence.

Keywords. Continuing medical Education, Family Medicine, Antimicrobial Resistance, Antibacterial Drugs, Epidemiology

TAKE HOME MESSAGE

L'innovazione nella pratica della medicina parte dall'individuazione dei problemi della pratica clinica da parte dei professionisti coinvolti, in uno spirito di collaborazione inter-istituzionale e intergenerazionale.

Il progetto Ampio Spettro può essere un esempio di innovazione nella pratica della medicina generale in Italia che parte proprio da queste premesse: individuazione dei problemi sul campo, rigore scientifico e metodologico, collaborazioni scientifiche inter-istituzionali e intergenerazionali per favorire un cambiamento delle pratiche.

INTENTI DELLA COMUNICAZIONE

Stanno per essere completati i contenuti della FAD "Ampio Spettro", connessa al braccio formativo di un più ampio progetto omonimo di formazione e ricerca (Kurotschka 2020), finanziato dalla Fondazione di Sardegna (Bando "Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa" 2020). Vogliamo narrare la storia di quest'esperienza, che è stata caratterizzata dalla costruzione continua di connessioni: connessioni tra l'area professionale della medicina generale e l'area dell'accademia e delle istituzioni della sanità pubblica, tra colleghi della vecchia generazione di medici di medicina generale e un gruppo di giovani frequentanti il corso triennale in medicina generale, tra obiettivi formativi e obiettivi di sperimentazione di una attività formativa, ma non solo, anche connessioni tra paradigmi diversi: tra il programma incitativo educativo di cam-

biamento dei comportamenti dei professionisti e il programma della formazione continua, tra ricerca e formazione, tra gli aspetti comunicativi del lavoro del medico e quelli clinici, tra linee guida e ragionamento probabilistico (Parisi 2020)

PREMESSA METODOLOGICA

La formazione continua del professionista è intesa prevalentemente come la manutenzione delle conoscenze in rapido cambiamento in una attività come la medicina, e dal 2002 in Italia è formalizzata nel sistema di Formazione Continua in Medicina (E.C.M.): si prevede che sia le aziende sanitarie che i professionisti si impegnino nell'implementazione e nella fruizione di attività che facilitino l'apprendimento e che siano utili allo sviluppo professionale del singolo, alle esigenze dei servizi socio-sanitari e ai bisogni dei pazienti. Un apparato amministrativo detta, come è noto, le regole

di ingaggio e fruizione del servizio, in modo che il professionista singolo possa effettuare i percorsi di apprendimento che ritiene utili e possa tenerne contezza.

La formazione continua nel tempo è passata da una iniziativa individuale ed episodica del professionista incentrata sulla trasmissione di un sapere tecnico specifico e desiderato dal singolo ad uno strumento per la diffusione della qualità dell'assistenza, coniugando la formazione "desiderata" con una formazione necessaria alle esigenze dell'organizzazione sanitaria (Prandi 2006, Terri 2017). La formazione si configura così come una azione a sostegno del cambiamento professionale, ed emerge la necessità ineludibile di una formazione efficace, cioè capace di modificare i comportamenti professionali.

La formazione continua attuale si viene così a scontrare con il problema della non linearità del rapporto tra formazione e cambiamento: infatti, il cambiamento delle attività sanitarie e il miglioramento delle prestazioni sono obiettivi considerati da sempre difficili da raggiungere, in quanto i fattori del cambiamento sono molteplici e ben descritti nei modelli delle influenze non cliniche sui comportamenti medici (Hajajj 2010).

Si può ricordare l'importanza dei fattori organizzativi, legati alla cultura professionale dei gruppi rispetto ai quali il cambiamento

è richiesto: le logiche individuali e quelle di gruppo si intersecano, rendendo difficile una presa di responsabilità diretta del singolo (Reschovsky 2015, Scott 2013).

Per queste ragioni è cruciale che la formazione riesca non solo a favorire l'apprendimento ma anche a trasformare i presupposti e di conseguenza i comportamenti. E' quello che Mezirow (2003) chiama apprendimento trasformativo. I principi dell'Andragogia proposti da Knowles (Knowles 1996) possono essere utile guida nella progettazione della formazione: il professionista deve essere coinvolto in una formazione su problemi che sente come concreti e importanti nella propria attività, le competenze trasmesse devono essere applicabili nel proprio lavoro, il partecipante deve sentirsi protagonista del processo di apprendimento ed essere messo nella condizione di pensare, ragionare, riflettere con la propria testa sulla propria pratica affinché nasca qualcosa di nuovo (Mezirow 2003).

Nella progettazione del percorso formativo si deve quindi partire dall'individuazione del problema concreto per stimolare il partecipante ad una visione che non implichi solo un apprendimento cognitivo e tecnico-strumentale, ma anche un apprendimento più profondo come ad esempio un'attribuzione di senso o la consapevolezza che l'apprendimento tecnico-strumentale si verifica

in un contesto comunicativo. Successivamente, si devono proporre le strategie per la sua correzione, che non necessariamente sono eventi formativi o azioni favorevoli all'apprendimento, ma possono anche essere guide, linee guida, procedure o modelli organizzativi. Infine, la messa in atto del cambiamento implica la sperimentazione sul campo di ciò che si è appreso o di ciò che è contenuto negli strumenti *guida* offerti per il lavoro di tutti i giorni, seguendo il ciclo proposto da Kolb (Kolb 1984).

La parte che appare più interessante di questo processo è quella finale, dove un'accurata analisi dei risultati porta ad una valutazione dell'impatto dell'azione messa in atto,

per poter poi raccogliere gli esiti dell'applicazione della nuova procedura, oppure ritornare all'analisi dei problemi quando l'impatto fosse valutato insufficiente (Tabella 1).

Questo processo, che almeno in parte ricalca il ciclo dell'audit, ed è la base teorica della Formazione sul Campo (Marzano 2017), mette in luce anche la complementarità tra ricerca e formazione, e l'ovvia considerazione che studiare gli interventi medici senza tentare di correggere le pratiche inappropriate rimane un puro interesse teorico e non incide sulla realtà clinica che sta cuore al professionista (Tor 2016).

<i>FASI DI LAVORO</i>	<i>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</i>
Fase di analisi e studio	Studio individuale o di gruppo, approfondimento teorico condotto o meno da un esperto, ricerca bibliografica, analisi del contesto
Individuazione di correttivi/strategie di intervento	Lavoro in gruppo per decidere strategie o azioni per affrontare il problema identificato
Costruzione strumenti per applicare nuovi comportamenti	Predisposizione di protocolli, procedure, checklist, materiali divulgativi...
Messa in atto del cambiamento	Applicazione di linee guida/procedure, adozione di nuove pratiche lavorative o nuovi modelli organizzativi
Monitoraggio del cambiamento	Descrizione delle modalità e/o degli strumenti da utilizzare per il monitoraggio del cambiamento
Valutazione dell'impatto del cambiamento	Indicazione dei risultati attesi in termini di prestazioni, di ricaduta sul paziente o sull'organizzazione e le relative modalità di valutazione
Produzione di relazione finale, protocolli, documenti operativi e/o innovativi	Stesura di report o i risultati finali del lavoro del gruppo
Raccolta sistematica dati	Monitoraggio nel tempo delle nuove attività e degli esiti sui pazienti

Tabella 1. Fasi delle Formazione sul Campo

STORIA DEL PROGETTO: LE ORIGINI

Ognuno di noi, nell'iniziare la propria pratica clinica, si è forse sorpreso della distanza esistente tra le indicazioni delle linee guida e la pratica prescrittiva dei medici rispetto all'utilizzo degli antibiotici in persone che presentano sintomi/segni da infezioni di grado lieve; approfondendo questo fenomeno si scopre -per esempio -che l'approccio alle cure delle infezioni delle vie aeree superiori è uno dei processi diagnostico-terapeutici in cui, nonostante la benignità e l'autolimitazione della patologia nelle maggior parte dei casi e la relativa facilità nel porre un'accurata diagnosi e nello scegliere la terapia farmacologica e non-farmacologica si innesca un'inappropriata, nel senso di eccessiva prescrizione di antibiotici, al punto da portare AIFA ad affermare che "(...)gran parte dell'utilizzo degli antibiotici avviene a seguito della prescrizione di Medici di Medicina Generale (...), pertanto la Medicina Generale rappresenta il punto focale per il monitoraggio del consumo di questa classe di farmaci e per l'implementazione di iniziative di informazione e formazione per migliorare l'appropriatezza prescrittiva" (Osservatorio 2019: 13, 31)

È stato così messo a punto a grandi linee un progetto che andasse a studiare le cause profonde del problema e le sue dimensioni: il progetto Ampio Spettro, con l'intento di

Stabilire connessioni: Il progetto Ampio Spettro

connettere- anzi ri-connettere la teoria con la pratica.

Anzitutto, è stata progettata e si sta attuando una prima fase di ricerca: grazie al lavoro coordinato di un team composto da Medici di Medicina Generale, Istituto Superiore di Sanità, Università di Cagliari e ATS Sardegna, è in corso un'indagine indirizzata ai circa 1200 Medici di Medicina Generale (MMG) operanti in Sardegna, sulle attitudini e conoscenze riguardo l'antibiotico-resistenza e la prescrizione di antibiotici attraverso la somministrazione di un questionario adattato dallo spagnolo alla lingua e alla cultura italiana (Lopez-Vazquez, 2016, Kurotschka, 2020). Contemporaneamente, si stanno raccogliendo le prescrizioni di antibiotici dei MMG in termini di quantità, tipologia farmacologica e variabilità e ciò permetterà di studiare l'associazione tra i risultati del questionario e i comportamenti prescrittivi, utilizzando dati in forma anonima. Questa fase permetterà di costruire una rappresentazione chiara e reale del fenomeno *prescrizione di antibiotici* in medicina generale, cioè sia dei suoi determinanti socio-culturali che di sistema, che dei comportamenti prescrittivi che ne derivano.

La richiesta da parte dell'Associazione Italiana Giovani Medici del co-coordinamento scientifico all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e al Dipartimento di Scienze Mediche e Salute Pubblica dell'Università di Cagliari

ha lo scopo di stabilire le prime connessioni tra il gruppo di ricerca territoriale e le istituzioni pubbliche dove la ricerca farmacoepidemiologica e clinica fondano la mission strutturale di questi enti. L'intento è un lavoro sul campo che possa utilizzare tutti i saperi utili al raggiungimento dell'obiettivo della ricerca. Altro obiettivo, non secondario in questo processo, è quello di diffondere una cultura rigorosa della ricerca tra le giovani generazioni dei medici di medicina generale.

STORIA DEL PROGETTO: L'ASSE FORMATIVO

L'altro aspetto, non immediatamente implicito in questo percorso, è stato quello di affiancare la ricerca con la formazione in modo da connettere questi due mondi. L'obiettivo è il cambiamento delle abitudini prescrittive con un approccio formativo. In collaborazione con la Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPEM) si è progettato questo asse, con due obiettivi: da una parte costruire un progetto formativo che tenga conto delle migliori evidenze disponibili in letteratura per essere efficace e, dall'altra, creare un gruppo di giovani professionisti medici di medicina generale che apprendessero i rudimenti della formazione nel progettare e attuare il percorso formativo stesso.

Si è così identificata una fase "zero" del corso di formazione a distanza (FAD) nella quale veniva data una formazione di base al team "Ampio Spettro" con due obiettivi:

- preparare i giovani medici all'attività didattica di facilitatori di un piccolo gruppo di discussione in ambiente virtuale.
- preparare i giovani medici a gestire e collaborare efficacemente agli eventi formativi nel medio e lungo periodo.

Si è quindi iniziata la progettazione della FAD, prevedendo anche una fase di diffusione, comunicazione e consolidamento: la diffusione e la cura della comunicazione non sono intese come una restituzione finale dei risultati ottenuti ma piuttosto come vero e proprio piano comunicativo e di advocacy riguardo al problema della antibiotico-resistenza che accompagnerà lo sviluppo del progetto in tutte le sue fasi. Inoltre, tutti i materiali prodotti nel corso dei Workshop della seconda fase verranno diffusi negli ambulatori dei MMG, in modo da consentirne una fruizione da parte dei pazienti. Durante questa fase sarà previsto un monitoraggio dei risultati, da realizzarsi sia in forma qualitativa, mediante interviste semi-strutturate rivolte sia ai MMG partecipanti che ai pazienti, che in forma quantitativa, mediante uno studio di efficacia della formazione su indicatori forti.

Definizione dell'obiettivo formativo e dei metodi

Si è scelto di focalizzare la formazione sulla appropriatezza prescrittiva nelle infezioni delle alte vie aeree, con l'obiettivo ancillare di aiutare i medici ad aumentare la capacità di diagnosi differenziale tra COVID-19 e altre infezioni delle vie aeree superiori, migliorando in tal modo la risposta del sistema Italia alla minaccia incombente di un secondo picco epidemico.

Come fare in modo che il medico - prescriva meno, prescriva meglio, prescriva appropriatamente e possa avere un aiuto concreto nella migliore gestione delle infezioni delle alte vie respiratorie in epoca COVID-19?

Si è partiti dalla considerazione che il medico prescrittore è solo l'ultima pedina di una macchina complessa: informatori del farmaco, industrie farmaceutiche, protocolli aziendali, richieste ed aspettative del paziente e della popolazione.

È evidente che il medico non deve essere l'unico target dell'azione, quindi. "Si deve progettare un'azione che presenti aspetti meramente informativi ma anche formativi, oltre alla presa in considerazione di aspetti organizzativi e di sistema. Dal punto di vista del miglioramento della qualità si parte da ciò che è noto e riportato in letteratura fin dagli anni Novanta: l'informazione da sola

non cambia le abitudini dei medici, la prescrizione è un processo complesso non esclusivamente determinato da fattori clinici (Parisi 2020).

La letteratura relativa all'analisi dell'efficacia delle azioni formative nel campo del miglioramento della qualità prescrittiva degli antibiotici riporta una grande varietà di metodi e strumenti (Coxeter 2015, Roque 2014), per cui è difficile avere un riferimento specifico nella progettazione di una azione formativa, ma ci dà alcune informazioni importanti:

1. Sono più efficaci le modalità di formazioni blended, ovvero quelle che prevedano un contemporaneo utilizzo di eventi interattivi, FAD e reminders per il medico.
2. È fondamentale che la formazione del medico non sia disgiunta dall'informazione al paziente mediante materiali in sala di aspetto o altre strategie.
3. Un atteggiamento volto ad esplorare attivamente le preoccupazioni ed aspettative del paziente, necessario per rendere condivisa con il paziente la decisione sul miglior percorso clinico da intraprendere, è una delle tecniche più efficaci per aumentare la qualità dell'azione clinica e il grado di soddisfazione del paziente, oltre ad essere eticamente e deontologicamente desiderabile.

4. Il partecipante deve essere posto in ruolo attivo, e gli si deve fornire adeguato feedback e audit (Forsetlung 2012, Davis 1999)

Si è proposto quindi un progetto formativo che abbia questi requisiti di efficacia ed utilizzi gli strumenti che abbiano caratteristiche di fattibilità nella realtà italiana.

Anche qui la sfida è sempre mettere in connessione, in questo caso stabilire una connessione tra formazione e cambiamento, far sì che si possa apprendere e cambiare.

Il progetto formativo

La necessità imposta dalla situazione di COVID-19 è stata quella di utilizzare un format a distanza. L'obiettivo di riuscire a coinvolgere un gran numero di colleghi rendeva difficile la progettazione di moduli sincroni, si è quindi privilegiata la costruzione di moduli a distanza asincroni, che avevano un triplice obiettivo: favorire la riflessione del discente sul proprio lavoro, informare il discente sulle *best practice* e sulle linee guida attuali e riconosciute relativamente agli interventi medici di fronte ad un problema clinico definito nell'area delle infezioni delle alte vie respiratorie, ed evidenziare le aree in cui l'incertezza è maggiore e insegnare a gestirla, affrontarla ed eventualmente ridurla. Le lezioni ed interviste ad esperti

sono intervallate, nella formazione, da consultazioni simulate, ovvero costruite "in laboratorio" sulla base di consultazioni reali provenienti dall'esperienza dei medici consulenti e contenenti elementi critici atti a stimolare il ragionamento clinico. Il discente è così costretto a confrontarsi con una pratica reale e non con una linea guida disincarnata, ed è impegnato a seguire un certo metodo di osservazione dei fenomeni.

L'informazione viene data attraverso lezioni frontali brevi e succinte, corredate da materiali scritti e da quesiti finali che impegnano il discente a rievocare i concetti presentati, per facilitare così la loro memorizzazione. La lezione parte solitamente dalle osservazioni del caso stimolo per poi esporre le regole generali, ed è quindi maggiormente fruibile perché connessa direttamente alla pratica.

Infine, è posta particolare cura a evidenziare le aree di maggiore incertezza, attraverso la tecnica del dibattito o della tavola rotonda tra esperti, autorizzando i discenti ad interrogare i dubbi ed utilizzare anche le loro capacità critiche attraverso il buon uso del metodo clinico.

Un discorso a parte meritano le competenze di gestione della decisione condivisa in antibiotico terapia, che in letteratura risultano importanti per migliorare l'appropriatezza prescrittiva (Coxeter 2015). Esse sono, come è noto, competenze comunicative e

relazionali difficili da trasmettere: l'intento è stato di introdurre i partecipanti all'analisi delle consultazioni simulate attraverso una griglia di osservazione ad hoc, ma anche di mostrare come le decisioni cliniche finali e in particolare la prescrizione di antibiotici venivano fortemente influenzate dalla buona comunicazione e dall'atteggiamento generale del medico.

Descrizione del percorso formativo in FAD

La struttura della FAD, quindi, si riferisce e segue la struttura del pensiero clinico del

medico di medicina generale dal momento in cui si trova davanti ad un caso specifico fino alla decisione finale nella consultazione (Figura 1). Si è cercato di costruire l'apprendimento partendo da ciò che realmente avviene sul lavoro: infatti, nella consultazione tutte le competenze del medico si attuano e si articolano tra di loro, e una formazione che eserciti i discenti a pensare, a utilizzare le conoscenze e a strutturarle all'interno della consultazione dovrebbe aiutare maggiormente i professionisti nel cambiamento della propria pratica (Parisi 2016).

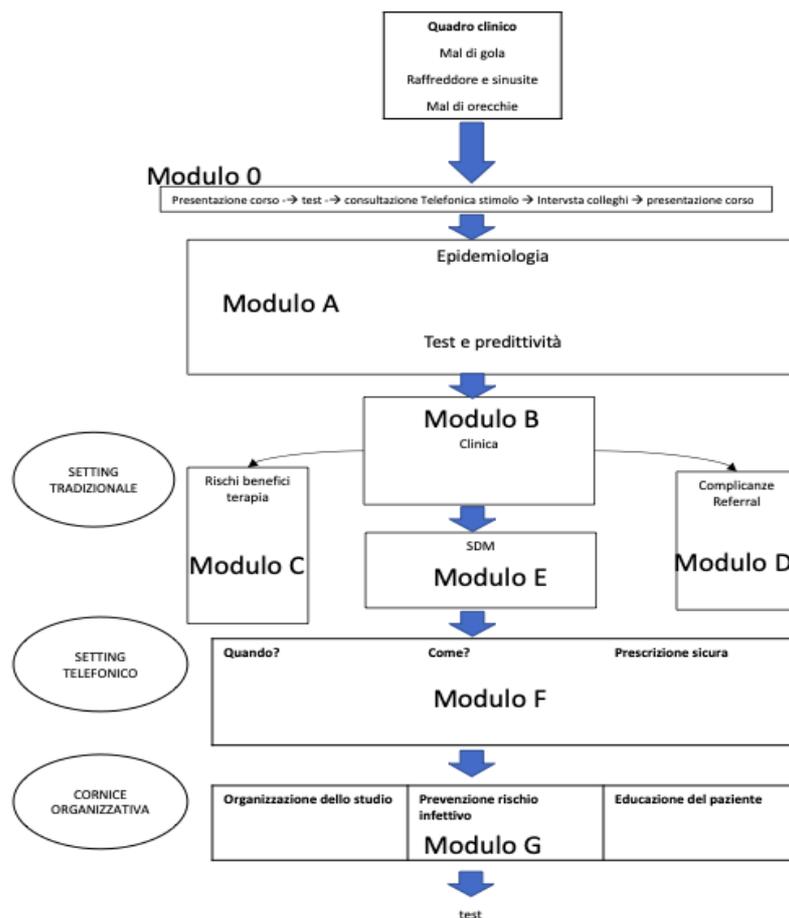


Tavola 3. Mappa della FAD “Ampio Spettro”

Si è scelto, pertanto, di focalizzare l'attenzione sui quadri di più frequente presentazione in medicina generale, quadri esemplari tra i tanti nell'area delle infezioni delle vie aeree superiori: il mal di gola, il raffreddore, la rinosinusite e il mal di orecchie. Si noti come la trattazione parta considerando la ragione dell'incontro del paziente e non la diagnosi clinica. Infatti, il discente è invitato a ragionare e apprendere partendo dalla ragione dell'incontro per arrivare alla diagnosi operativa, escludendo i quadri patologici severi, quantificando probabilisticamente il rischio di sviluppare complicanze, e infine decidere gestendo l'incertezza, attraverso una scelta equilibrata tra rischio e beneficio (Parisi 2016).

Nel modulo O si è definito tale campo di azione della FAD attraverso la visione di un caso stimolo e l'invito a iniziare a confrontarsi con la propria pratica, mostrando anche le pratiche virtuose di colleghi.

Nel modulo A si sono invitati i partecipanti a riflettere sulla situazione epidemiologica delle infezioni virali versus batteriche e il recente problema delle infezioni di COVID-19.

La sezione successiva del corso pone l'attenzione dei partecipanti sul setting tradizionale, presentando il modulo B, cuore della FAD, nel quale si prendono in esame i vari quadri: il ragionamento clinico, la diagnosi, la valutazione e la decisione.

Il modulo C è incentrato sui rischi e benefici della terapia, il modulo D sulle complicanze, le *red flags* e le ragioni e priorità di invio allo specialista.

Il modulo E prende in considerazione le modalità della decisione finale condivisa e la successiva sezione, nel modulo F, ha l'obiettivo di informare il partecipante sui principi metodologici della consultazione telefonica, setting clinico che recentemente è diventato cruciale per l'esercizio della medicina di primo livello, fornendo schemi concettuali e procedure utili alla buona conduzione della consultazione telefonica.

L'ultima sezione, modulo G, prende in esame la cornice organizzativa in epoca COVID-19, partendo dal presupposto che non ci può essere buona clinica senza una buona organizzazione ambulatoriale: l'organizzazione non è un supporto morto alla clinica, ma è uno strumento flessibile per una buona pratica. Il modulo è pensato per trasmettere quegli strumenti riflessivi utili ad una riorganizzazione pratica dell'ambulatorio al fine di ridurre la probabilità di trasmissione del contagio dell'infezione da Sars-CoV-2.

CONCLUSIONI

Nonostante la mancanza di un dipartimento di cure primarie, un gruppo di giovani medici di MG - di medici in formazione - è riuscito a progettare e ha iniziato ad attuare

una ricerca sui comportamenti prescrittivi dei MG e ha promosso (con una formazione con caratteristiche corrispondenti a quelle che in letteratura sono state considerate efficaci, e con particolare riguardo all'efficacia degli aspetti comunicativo-relazionali) il cambiamento su un tema di ampio impatto per la sanità italiana, tema di cui si parla ma sul quale non sono stati fatti interventi così su larga scala e lo ha fatto creando connessioni con istituzioni.

La formazione ha tenuto conto delle esigenze di informazione dei medici, dell'importante parte che ha nell'apprendimento la riflessione sulla propria pratica, e infine ha favorito l'identificazione delle aree di incertezza nelle decisioni inerenti i quadri trattati, richiamando l'importanza del ragionamento clinico non tanto come pensiero teorico e staccato dalla realtà del lavoro, ma come parte del lavoro del medico nella consultazione, che tiene conto delle specificità del paziente e del contesto.

Un progetto no profit come questo ci si augura possa produrre quelle evidenze contesto specifiche necessarie "per fungere da ponte, da una parte, tra le evidenze sperimentali e la pratica clinica quotidiana e, dall'altra, tra passato e futuro della medicina generale" (Parisi 2020)

Di pregio in questo progetto due aspetti: il primo è l'individuazione dei problemi sul campo da parte dei professionisti coinvolti

Stabilire connessioni: Il progetto Ampio Spettro

e che possano avvalersi, nella raccolta e nell'analisi dei dati, del contributo metodologico di istituzioni indipendenti che possano anche finanziare la ricerca. Il secondo la scelta di una formazione che non sia appiattita su una formalizzazione di didattica tradizionale ma sia rivolta al cambiamento e alla costruzione di un professionista capace di riflessione e pensiero indipendente, che lavori sempre sulla base di evidenze contesto specifiche.

BIBLIOGRAFIA

- Coxeter P. et al. (2015). Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Hoffmann TC, ed. *Cochrane database Syst Rev*;11(11): CD010907.
- Davis D, O'brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. (1999). Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 282(9):867–874.
- Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. (2012). Continuing education meetings and

- workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, Issue 11.
- Hajjaj FM, Salek MS, Basra MK, Finlay AY. (2010). Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med*. May;103(5):178-87. doi: 10.1258/jrsm.2010.100104. PMID: 20436026; PMCID: PMC2862069.
- Knowles MS. (1996). *Quando l'adulto impara*. Milano: Franco Angeli.
- Kolb DA. (1984). *Experiential learning*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kurotschka, P.K.; Serafini, A.; Massari, M.; Da Cas, R.; Figueiras, A.; Forte, V.; Moro, M.F.; Massidda, M.; Contu, F.; Minerba, L., et al. (2020). Broad Spectrum project: factors determining the quality of antibiotic use in primary care: an observational study protocol from Italy. *BMJ Open* 10, e038843, doi:10.1136/bmjopen-2020-038843.
- Kurotschka, P.K., Moro, M.F., Demurtas, J., and Serafini, A. (2020). [General practitioners knowledge and attitudes on antibiotics and resistance: cross-cultural adaptation and preliminary validation of KAAR-11 questionnaire.]. *Recenti progressi in medicina* 111, 368-370.
- Lopez-Vazquez, P., Vazquez-Lago, J.M., Gonzalez-Gonzalez, C., Pineiro-Lamas, M., Lopez-Duran, A., Herdeiro, M.T., Figueiras, A., and Group, G. (2016). Development and validation of the knowledge and attitudes regarding antibiotics and resistance (KAAR-11) questionnaire for primary care physicians. *J Antimicrob Chemother* 71, 2972-2979.
- Marzano A, Parisi G. (2017). Organizzare la formazione sul campo: metodi, modelli ed esperienze. *Tutor* Vol. 17, N. 3: 21-28 DOI: 10.14601/Tutor-21151
- Mezirow J. (2003). *Apprendimento e trasformazione*. Milano: Cortina Editore.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. (2019). *L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2018*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco.
- Parisi G, Clavenna A. (2020). [Building context-specific evidence to fight antimicrobial resistance: the role of Family Medicine research.]. *Recenti Prog Med*, 111, 351-353, doi:10.1701/3394.33755.
- Parisi G, Pasolli L. (2016). *Clinica, relazione, decisione. La consultazione medica nelle cure primarie*. Milano: Franco Angeli, 2016.
- Prandi F. (2006). Le culture della formazione in sanità. Un'analisi storico-critica

- dei modelli di apprendimento nel sistema sanitario. *FOR Rivista per la formazione*, n° 68
- Reschovsky, J.D., Rich, E.C. & Lake, T.K. (2015). Factors Contributing to Variations in Physicians' Use of Evidence at The Point of Care: A Conceptual Model. *J Gen Intern Med* 30, 555–561 <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3366-7>
- Roque, F., Herdeiro, M.T., Soares, S. *et al.* (2014). Educational interventions to improve prescription and dispensing of antibiotics: a systematic review. *BMC Public Health* 14, 1276 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1276>
- Scott, I.A. and Elshaug, A.G. (2013), Forgoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs?. *Intern Med J*, 43: 107-109. doi:[10.1111/imj.12065](https://doi.org/10.1111/imj.12065)
- Terri F, Lelli MB, Priami D. (2017) Accompagnare le persone nei processi di cambiamento. Dossier 262 Servizio Sanitario Regionale. Regione Emilia Romagna. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss262>
- Tor, E.; Steketee, C.; Mak, D. (2016). Clinical audit project in undergraduate medical education curriculum: an assessment validation study. *Int J Med Educ*, 7, 309-319, doi:[10.5116/ijme.57da.c89a](https://doi.org/10.5116/ijme.57da.c89a).

La salute mentale negli studenti di medicina: il progetto del Servizio di Aiuto Psicologico (SAP) dell'Università degli Studi di Torino

Sara Pavan¹, Giovanna Soro¹, Marco Miniotti¹, Stefania Picollo¹, Paolo Leombruni¹

¹Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, SSD Psicologia Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - autore per corrispondenza: marco.miniotti@unito.it

ABSTRACT

Dalla letteratura emerge come gli studenti di medicina spesso presentino livelli di ansia, stress e depressione superiori alla popolazione generale. Si rende quindi sempre più necessario un supporto psicologico gratuito e fruibile interno alle università. La facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino può vantare un servizio di aiuto psicologico (SAP) dedicato. Il presente studio ha lo scopo di illustrare in termini sociodemografici, clinici e psicopatologici la coorte di studenti che ha usufruito del servizio. Il progetto prevede un colloquio conoscitivo al termine del quale, se necessario, seguirà una presa in carico dal punto di vista psicologico e/o psichiatrico; agli studenti inoltre viene chiesto di compilare alcuni test psicometrici per valutare depressione, ansia e stress. Da gennaio 2019 ad agosto 2020, 166 studenti hanno fatto richiesta per un primo colloquio. Dal nostro studio emerge come, in linea con la letteratura, una sintomatologia depressiva e/o di tipo ansioso sia presente negli utenti. I dati raccolti e altresì il feedback ricevuto dagli studenti dimostrano l'utilità del servizio.

Parole chiave: educazione medica, salute mentale negli studenti di medicina, supporto psicologico universitario.

ABSTRACT

Literature shows that medical students often have higher levels of anxiety, stress and depression than the general population. Free and usable psychological support within universities is therefore increasingly necessary. The Faculty of Medicine and Surgery of the University of Turin can boast a dedicated psychological help service (SAP). The present study aims to illustrate the cohort of students who used the service in socio-demographic, clinical and psychopathological terms. The project includes a first

interview at the end of which, if necessary, a psychological and / or psychiatric interview will follow; students are also asked to complete some psychometric tests to assess depression, anxiety and stress. From January 2019 to August 2020, 166 students applied for a first interview. According to the literature, a depressive and / or anxious symptomatology is present in users. The data collected and also the feedback received from students demonstrate the usefulness of the service.

Keywords: medical education, mental health in medical students, academic psychological support.

INTRODUZIONE

Quasi il 75% di tutti i disturbi mentali inizia durante l'adolescenza e nella prima età adulta; in considerazione di questo dato negli anni è cresciuto l'interesse nei confronti della salute mentale dei giovani adulti (Hoffman, L.J., Guerry, J.D., e Albano, A.M., 2018; Anderson, K.K., et al., 2019). Gli studenti universitari possono essere a maggior rischio di sviluppare dei problemi di salute mentale perché sono spesso sottoposti a stress significativo, si trovano in un periodo di transizione e rientrano nella fascia di età associata al massimo picco di insorgenza dei disturbi mentali (Huang, J., et al., 2018). Pertanto, la prevenzione, l'individuazione e il trattamento dei disturbi mentali tra gli studenti universitari rappresentano degli strumenti promettenti per gestire le problematiche della salute mentale ad esordio precoce.

Nello specifico della scuola di medicina, l'esperienza universitaria può essere vissuta come un percorso senza fine, di fatica e frustrazione, che rende lo studente vulnerabile, esponendolo a vissuti di inadeguatezza e di solitudine (Fares, J., et al.,

2016). Gli studi suggeriscono che l'attuale formazione medica possa influenzare negativamente la salute mentale, con un'alta frequenza di depressione, ansia e stress riscontrabile tra gli studenti di medicina (Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., e Shanafelt, T.D., 2006; Midtgaard, M., et al., 2008).

Nella letteratura attuale l'ansia tra gli studenti di medicina risulta meno studiata della depressione, pur rappresentando un fenomeno meritevole di una maggiore consapevolezza e attenzione in quanto si ritiene che possa influire negativamente sul rendimento scolastico, sui tassi di abbandono e sullo sviluppo professionale (Tian-Ci Quek, T., et al., 2019). In una recente metanalisi che ha analizzato i dati di 69 studi comprendenti 40.438 studenti di medicina appartenenti a diversi continenti è stata riscontrata una prevalenza aggregata di ansia che varia dal 29% al 39% (Tian-Ci Quek, T., et al., 2019). Tassi di prevalenza del burnout risultano compresi tra il 27% e il 75%, fenomeno che sembrerebbe dipendere dalle richieste accademiche e dal carico di lavoro eccessivo, da sentimenti di impotenza, da una elevata

pressione psicologica, nonché da eventi di vita personale (Dyrbye, L., Shanafelt, T., 2016; Fares, J., et al., 2016). È inoltre evidente in letteratura come gli studenti di medicina sperimentino livelli di stress più elevati rispetto ai loro pari, una revisione del 2014 che prende in considerazione 16 studi sulla prevalenza del distress psicologico negli studenti di medicina nei paesi anglofoni non-USA, identifica dei valori compresi tra il 12% e l'88% (Hope, V., Henderson, M., 2014). Gli studenti di medicina sembrerebbero sperimentare anche alti tassi di depressione e di ideazione suicidaria (Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., e Shanafelt, T.D., 2006). Una recente revisione di 195 studi condotti su 129.123 studenti di medicina in 47 paesi ha dimostrato che il 27,2% degli studenti è risultato positivo ad una sintomatologia depressiva e che l'11,1% ha riferito ideazione suicidaria durante la scuola di medicina (Rotenstein, L.S., et al., 2016). Un'altra metanalisi ha messo in luce come la sintomatologia depressiva si attenui nel corso degli anni passando da 33,5% del primo anno a 20,5% dell'ultimo con una media complessiva del 28%, dato concorde al sopracitato studio (Puthran, R., 2016). Il disagio psicologico sperimentato dagli studenti può avere ripercussioni sulla performance accademica, sulla salute emotiva e sulla professionalità dei futuri medici: alcuni

studi, infatti, evidenziano una possibile associazione tra distress e inclinazione al cinismo, riluttanza a prendersi cura dei malati cronici e diminuzione dell'empatia (Fares, J., et al., 2016).

La letteratura nel contesto italiano è ancora purtroppo scarsa (Volpe, U., et al., 2019). Da uno studio trasversale multicentrico condotto su 12 scuole mediche che indagava la sintomatologia depressiva tra gli studenti di medicina italiani, sono emersi valori di prevalenza del 29,5%, dati in linea rispetto al contesto mondiale (27,0%), ma superiori a quella degli studenti europei (20,1%) (Bert, F., et al., 2020).

Dai dati emerge come gli studenti di medicina riportino minori probabilità della popolazione generale di ricevere una cura adeguata e maggiori ostacoli al trattamento della salute mentale (Menon, V., Sarkar, S., e Kumar, S., 2015). Mentre alcune delle barriere sono quelle comunemente osservate nella popolazione generale (costi, tempo, etc.), altre sono specifiche per gli studenti di medicina, quali la preoccupazione per lo stigma, la mancanza di riservatezza e il timore dell'opinione degli altri studenti (Schwenk, T.L., Davis, L., e Wimsatt, L.A., 2010; Wimsatt, L.A., Schwenk, T.L., e Sen, A., 2015). Gli studenti di medicina hanno riferito di preferire l'aiuto di uno specialista in salute mentale, di fa-

miliari o di amici, piuttosto che del personale della scuola di medicina e l'accesso ai servizi di salute mentale in un luogo diverso dall'ambiente universitario (Rotenstein, L.S., et al., 2016). Pertanto, per guidare lo sviluppo di misure e interventi preventivi efficaci e basati sull'evidenza, è necessaria una migliore comprensione dei singoli fattori psicologici che possono predisporre o proteggere gli studenti di medicina di fronte a questo alto livello di stress. Sono stati proposti vari interventi, tra i quali terapie farmacologiche, psicoterapie, esercizio fisico, terapia artistica, che possono essere erogati singolarmente, in gruppo, auto-guidati o in un formato basato su Internet. Benché siano stati esplorati vari interventi negli ultimi due decenni, poche sono le metanalisi che abbiano esaminato l'efficacia degli strumenti volti a intervenire sui disturbi di salute mentale negli studenti universitari (Huang, J., et al., 2018).

Nel contesto nazionale la letteratura in ambito di interventi mirati agli studenti di medicina è praticamente assente. Esistono tuttavia, su scala nazionale, diversi programmi che si occupano di prevenire e gestire le problematiche emotive, socio-relazionali e scolastiche tra gli studenti universitari. Nelle regioni del Nord Italia diverse realtà si occupano di benessere psicologico nei contesti universitari. L'Università di Genova, dell'Insubria, di Pa-

dova, di Trento e di Venezia dispongono di un servizio di consulenza psicologica, volto alla prevenzione e alla gestione di problematiche di tipo psicologico che si possono incontrare nel percorso di studi. L'università di Padova presenta inoltre un servizio che si occupa della prevenzione dei comportamenti a rischio e della promozione di abitudini salutari connesse al benessere psicofisico degli studenti universitari. L'università di Venezia e dell'Insubria offrono inoltre servizi di riorientamento nel caso di studenti con problemi di indecisione nella prosecuzione del percorso universitario o difficoltà legate a scelte di studi non adeguate ai propri interessi e motivazioni.

Nel Centro Italia, l'Università di Bologna, di Pisa, di Firenze e di Roma offrono un servizio di aiuto psicologico per gli studenti volti ad affrontare le difficoltà nello studio e nell'apprendimento, problematiche relative all'orientamento, la transizione al mondo del lavoro, difficoltà nella gestione dello stress e dell'ansia da esame e problematiche di carattere personale e socio-relazionale. L'Università di Pisa offre inoltre la possibilità di percorsi di gruppo articolati in 8 sedute a cadenza settimanale di 90 minuti ciascuna o di partecipare a dei seminari sui temi della motivazione, del metodo di studio e dell'ansia da esame. L'università degli studi La Sapienza di Ro-

ma dispone in più anche di una community virtuale sui temi del benessere.

Nel Sud Italia e nelle aree insulari sono presenti diversi sportelli di counselling psicologici; l'Università degli Studi di Bari, di Catanzaro, di Messina e di Cagliari dispongono sia di un supporto psicologico individuale, sia di gruppo articolato in 8 incontri a cadenza settimanale della durata di 90 minuti. L'Università di Cagliari presenta inoltre un'attività di sensibilizzazione per la promozione del benessere psicologico in ambito universitario e una mappatura degli stili decisionali mirata agli studenti della scuola secondaria superiore in transizione verso l'Università.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il presente studio ha come obiettivo la descrizione in termini sociodemografici, clinici e psicopatologici di una coorte di studenti iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino che si sono rivolti al Servizio di Aiuto Psicologico (Responsabile Prof. Leombruni).

Il Servizio di Aiuto Psicologico, offerto gratuitamente dall'Ateneo, è stato inaugurato nel dicembre 2018 come spazio di ascolto e sostegno destinato a tutti gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino. Nel contesto italiano risulta essere uno dei pochi servizi offerti in maniera specifica agli stu-

denti di medicina.

Lo sportello di aiuto è rivolto a tutti gli studenti che sperimentano situazioni, anche temporanee, di stress e disagio psicologico che possono essere legati a problematiche emotive e personali (vissuti di inadeguatezza e di fallimento, malessere generale, problemi di autostima, senso di confusione, etc.), problematiche nelle relazioni interpersonali (difficoltà con la famiglia, con gli amici, con il partner, problemi legati alla convivenza, etc.), problematiche specifiche (ansia, attacchi di panico, depressione, insonnia, etc.), nonché problematiche in ambito scolastico (difficoltà nella preparazione degli esami o nell'affrontare esami, dubbi sulle proprie capacità personali e sul proprio metodo di studio, vissuti di scoraggiamento o di fallimento legati al rendimento scolastico, etc.). In seguito alla richiesta da parte dello studente tramite un account mail dedicato si concorda un primo colloquio condotto dal responsabile del servizio, durante il quale si cerca di approfondire la motivazione della richiesta di aiuto e di individuare la natura del problema (dal disagio, alla sofferenza psicologica o psicopatologica) e, se necessario, si propone allo studente la presa in carico specialistica da parte del servizio, oppure, se più opportuno, viene indirizzato a risorse esterne idonee (centro di salute mentale, servizi ambulatoriali ospedalieri).

A seconda delle esigenze degli utenti, la presa in carico da parte del servizio potrà articolarsi in colloqui di sostegno psicologico o in un percorso psicoterapico breve. Il percorso psicoterapico breve comprende 8 sedute individuali ad orientamento psicodinamico, a cadenza quindicinale, in cui si individua insieme al paziente un focus legato a problematiche emotive o di relazione interpersonale. Al termine del ciclo previsto si concorda, in accordo con l'utente, l'interruzione del percorso psicoterapico, un'eventuale ripetizione del ciclo presso il servizio di aiuto o la prosecuzione presso curanti di fiducia esterni.

Nel caso emergano problematiche specifiche, quali sintomatologia ansioso-depressiva e disturbi legati al ritmo sonno veglia, viene data indicazione ad assumere una terapia psicofarmacologica, da rivalutare successivamente da parte del Servizio di Aiuto Psicologico o da gestire in accordo a curante di fiducia. Qualora emergano problematiche legate strettamente all'ambito scolastico (difficoltà nella preparazione degli esami o nell'affrontare esami, dubbi sul proprio metodo di studio, etc.), è prevista una collaborazione con il tutorato clinico (*peer to peer*) dell'Università di Medicina e Chirurgia di Torino.

I colloqui hanno luogo presso i servizi ambulatoriali della SSD Psicologia Clinica (Responsabile Prof. Giuliano Geminiani),

presidio Molinette, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. A partire da marzo 2020, in seguito alle restrizioni dovute al Covid 19, i colloqui si svolgono in modalità telematica, in accordo e sotto la supervisione del responsabile del Servizio di Aiuto Psicologico.

RISULTATI

Gli studenti che hanno fatto richiesta tramite mail al Servizio di Aiuto Psicologico da gennaio 2019 ad agosto 2020 sono stati 166. Di questi, solo 135 (81,3%) si sono presentati al primo colloquio svolto dal responsabile del servizio. Una volta effettuato il primo incontro, 64 studenti (47,4%) sono stati indirizzati ad un intervento supportivo, 65 studenti (48,2%) ad un ciclo di psicoterapia psicodinamica breve e 6 sono stati inviati ai servizi di salute mentale territoriali o a specialisti di fiducia [Grafico 1].

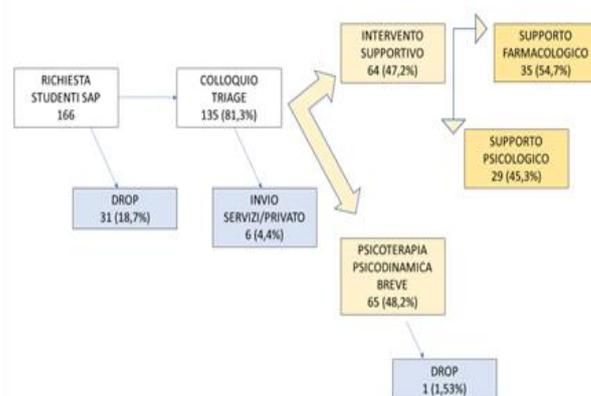


Grafico 1. Descrizione iter interventistico studenti SAP.

Il campione complessivo presenta un'età media di 24,31 anni ($ds = 2,6$); il 74,1% ($n = 100$) del campione è di genere femminile, il 25,9% ($n = 35$) di genere maschile. Circa il 60% degli studenti che si sono rivolti al servizio di aiuto psicologico risulta essere fuorisede. Circa il 21% degli studenti proviene dalle altre regioni del Nord Italia, l'11,4% e il 12,6% rispettivamente dalle aree meridionali e insulari [Tabella 1]. Rispetto all'anamnesi familiare, un quarto delle madri degli studenti presenta una patologia; di queste il 66% di tipo psichiatrico. Analogamente, un quarto dei padri presenta una patologia e, in più della metà dei casi, si tratta di una patologia psichiatrica maggiore. Quasi il 10% degli studenti riferisce di avere fratelli o sorelle con problematiche neuropsichiatriche.

VARIABILI	Studenti SAP n=135 n(%)
FUORISEDE	
Si	79(58,5)
No	49(36,3)
Dati mancanti	7(5,2)
PROVENIENZA	
Piemonte	38(48,1)
Nord Italia (eccetto Piemonte)	17(21,5)
Centro Italia	2(2,5)
Sud Italia	9(11,4)
Isole	10(12,6)
Europa	2(2,5)
Africa	1(1,2)

Tabella 1. Variabili socio-demografiche studenti SAP.

Più della metà riporta una relazione sentimentale stabile, tre quarti una rete amicale buona o discreta. Quasi il 20% degli studenti svolge un lavoro stabile od occasionale.

Motivazione

Indagando la motivazione della richiesta dello studente rispetto alla presa in carico da parte del Servizio di Aiuto Psicologico si rileva questa distribuzione: il 36,3% ($n = 49$) riporta problematiche principalmente correlate allo studio o al percorso accademico, il 29,0% ($n = 39$) difficoltà relazionali rispetto alle figure genitoriali o amicali, il 32,0% ($n = 43$) riferisce una sintomatologia ansioso-depressiva o alterazioni del sonno e il 3,0% ($n = 4$) disturbi da stress post-traumatico.

Caratteristiche cliniche

Il 16,3% e il 21,5% presentano rispettivamente una patologia medica pregressa e attuale; delle problematiche riportate, il 74,0% sono di tipo psichiatrico (disturbo d'ansia, dell'umore, della nutrizione e della alimentazione). Altre variabili cliniche sono descritte in tabella [Tabella 2].

Rispetto alla terapia psicofarmacologica, i farmaci più utilizzati tra gli studenti di medicina afferenti al Servizio di Aiuto Psicologico risultano le benzodiazepine (51,7%), seguite dagli antidepressivi

(17,2%), dalla combinazione dei due (27,6%) e dagli stabilizzatori (3,4%).

Ambito scolastico

Dal punto di vista scolastico la media della media degli esami risulta essere di 26,85

($ds = 1,5$) e la media del numero di esami mancanti al conseguimento della laurea (ad esclusione degli esami dell'anno in corso) di 8,05 ($ds = 6,9$). La distribuzione degli studenti per anno di corso è rappresentata nel grafico sottostante [Grafico 2].

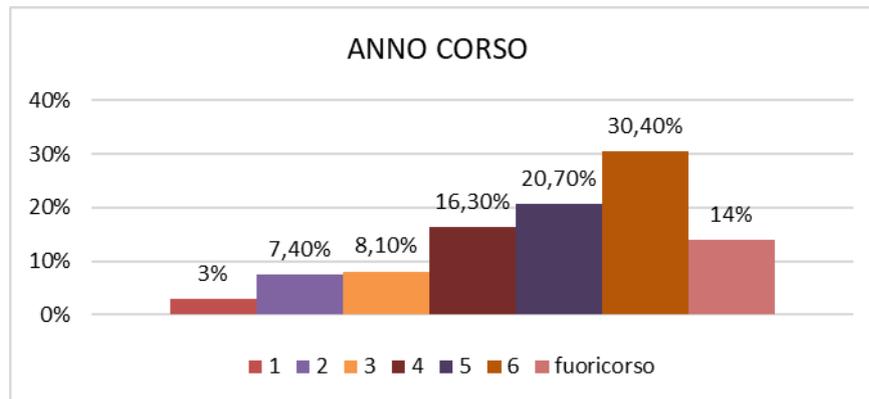


Grafico 2. Distribuzione per anno di corso studenti SAP.

Variabili psicologiche

Per indagare la gravità della sintomatologia depressiva è stato utilizzato il *Beck Depression Inventory* (BDI) a 13 item (Beck, A.T., 1961). La media dei risultati è di 11,6 ($ds = 6,0$) e stratificando la popolazione di studenti per gravità emerge quanto segue: il 56,3% presenta minimi livelli di depressione, il 16,3% lieve, l'6,7% moderata e l'1,5% grave.

Per indagare il grado di stress percepito è stato somministrato il *Perceived Stress Scale* (PSS) (Cohen, S., Kamarck, T., e Mermelstein, R., 1983). La media risulta essere di 25,5 ($ds = 6,0$) e in base alla suddivisione per livelli di gravità si ha la seguente distribuzione: il 3,0% lieve, il 40,0% mo-

derato, il 38,5% elevato.

La sintomatologia ansiosa è stata valutata

VARIABILI	Studenti SAP (n=135) n(%)
PERCORSO PSICHIATRICO	
No	112(83,0)
Progresso	18(13,3)
Attuale	2(1,5)
Dati mancanti	3(2,2)
PERCORSO PSICOLOGICO	
No	91(67,4)
Progresso	40(29,6)
Attuale	1(0,7)
Dati mancanti	3(2,2)
TERAPIA FARMACOLOGICA	
No	72(53,3)
Prima SAP	18(13,3)
Dopo SAP	40(29,6)
Dati mancanti	5(3,7)
VISSUTO TRAUMATICO	
Lutto	18(13,3)
Separazione/conflitto familiare	47(34,8)
Abuso	9(6,7)

Problematiche personali gravi	16(11,9)
Problematiche personali familiari	32(23,7)
Migrazioni/spostamenti	15(11,1)

Tabella 2. Variabili cliniche studenti SAP.

mediante il questionario *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI): la *State Anxiety Scale* per indagare l'ansia relativa ad un evento o un periodo specifico e la *Trait Anxiety Scale* (*T-Anxiety*) per definire aspetti dell'ansia come caratteristica della personalità (Spielberger, C.D., 1983). La media dei valori rispetto all'ansia di stato risulta essere di 54,0 (ds= 11,9), quella dei valori relativi all'ansia di stato di 56,5 (ds= 9,7) [Tabella 3].

VARIABILI	Studenti SAP (n= 135)
BDI	Media 11,6 (ds= 6,0)
	n(%)
Minimo	76(56,3)
Lieve	22(16,3)
Moderato	9(6,7)
Grave	2(1,4)
Dati mancanti	26(19,3)
PSS	Media 25,5 (ds= 6,0)
	n(%)
Lieve	4(3,0)
Moderato	54(40,0)
Elevato	52(38,5)
Dati mancanti	25(18,5)
STAI	
STAI S	Media 54,0 (ds= 11,9)
STAI T	Media 56,5 (ds= 9,7)

Tabella 3. Variabili psicologiche studenti SAP.

DISCUSSIONE

In linea con quanto riportato in letteratura, la maggior parte degli studenti che si è rivolto al servizio di aiuto è di genere

femminile (Hankir, A., Zaman, R., 2015). Circa il 60% degli studenti risulta essere fuorisede: è intuibile come l'allontanamento dall'ambiente familiare, la difficoltà di gestire aspetti economici in autonomia e la carenza di un supporto sociale possano rappresentare fattori di rischio rispetto allo sviluppo di problematiche psicologiche.

Più della metà degli utenti riferisce una familiarità per patologie psichiatriche, fattore che rende lo studente di medicina, che già percepisce l'esperienza universitaria come un percorso senza fine e frustrante, più vulnerabile nei confronti di vissuti di sconforto e di inadeguatezza.

La maggior parte degli studenti che afferisce allo sportello è iscritto agli ultimi anni di corso; si potrebbe ipotizzare che la marcata pressione alla performance accademica di un ambiente altamente competitivo e il contatto con l'esperienza della sofferenza dei pazienti e, in alcuni casi, della loro morte, senza una preparazione sufficiente dal punto di vista relazionale, possano rappresentare elementi stressanti presenti soprattutto alla fine del percorso accademico.

In linea con quanto emerge in letteratura, la maggior parte degli utenti riporta di non essersi mai rivolto ad un servizio di aiuto specifico, sia psichiatrico, che psicologico (Menon, V., Sarkar, S., e Kumar, S., 2015).

Il fatto che sintomi ansiosi o depressivi vengano percepiti come sinonimo di debolezza e di fallimento fa sì che la maggior parte degli studenti non cerchi assistenza medica, ostacolando pertanto la diagnosi e il trattamento precoci. A conferma di quanto i vissuti stigmatizzanti renderebbero difficile l'accesso ai sistemi di cura, appare interessante notare come quasi il 20% degli studenti che si sono rivolti via mail al servizio di aiuto psicologico non si sia però presentato al primo colloquio.

Nell'ottica di proteggere la privacy degli studenti, è stato deciso, anche in accordo con i responsabili del corso di laurea, di non tracciare gli utenti sul sistema informatico ospedaliero, di organizzare i colloqui principalmente nelle ore pomeridiane e in maniera temporalmente distanziata, in modo da non incontrare possibili compagni di corso tirocinanti o altri studenti afferenti allo sportello nella sala di attesa. Queste scelte sono state effettuate nell'ottica di limitare la paura dello stigma psichiatrico: gli studenti hanno riferito infatti di essersi sentiti tutelati da queste modalità e di essersi sentiti pertanto incoraggiati ad accedere al servizio di aiuto.

Alcuni utenti hanno riportato un'iniziale paura del giudizio rispetto a professionisti provenienti dall'ambito universitario; nel corso del tempo tuttavia, l'appartenenza al medesimo contesto universitario è stata

valutata come punto di forza e di incontro rispetto alle esigenze e ai vissuti riportati. Gli studenti hanno riferito di aver apprezzato la cura rivolta nei loro confronti e la disponibilità da parte dell'equipe medica ad essere un punto di riferimento in momenti difficili, sia da un punto di vista scolastico (ad esempio nei giorni precedenti un esame, in seguito ad una bocciatura, etc.), sia relazionale (in caso di marcati conflitti genitoriali, fine di una relazione amicale o sentimentale, etc.), sia sintomatico (esacerbazione della sintomatologia ansiosa o depressiva, importanti alterazioni del ritmo sonno veglia, etc.).

In alcuni casi il servizio di aiuto è servito a far maturare la consapevolezza di aver scelto una strada sulla scia di pressioni familiari o convinzioni sociali e ad incoraggiare gli studenti a intraprendere un percorso di studi più adatto. In seguito all'emergenza mondiale da SARS-CoV 2, lo sportello ha dovuto inizialmente interrompere il proprio servizio, aderendo alle restrizioni imposte; tuttavia, in considerazione di quanto presente in letteratura rispetto alle modalità di intervento online (Li, W., et al., 2020) e delle numerose richieste ricevute durante il periodo del lockdown, è stato deciso di proseguire i percorsi di psicoterapia e di effettuare colloqui di triage in modalità telematica. Questo ha permesso agli studenti di non sentirsi

abbandonati in un momento di incertezza, di essere aiutati in aspetti di gestione quotidiana e di poter portare avanti percorsi psicoterapici anche a distanza.

CONCLUSIONE

Le osservazioni emerse sembrano confermare l'utilità e la fattibilità di un servizio di aiuto psicologico rivolto agli studenti di Medicina, sia intercettando i bisogni di questa popolazione, sia offrendo un aiuto concreto e fattivo. Ulteriori studi dovranno valutare come affiancare a questo una politica più espressamente preventiva del disagio psicologico dello studente e che riduca lo stigma rispetto al rivolgersi ai professionisti della salute mentale.

L'incoraggiamento a proseguire, infine, arriva anche dagli studenti stessi, come si coglie da quanto scritto, a titolo di esempio, da una studentessa, a distanza da un anno dalla presa in carico:

“Questo Sportello è stata una delle poche perle preziose di questi duri anni: siete stati sempre disponibili e mi sono sentita presa sul serio, o meglio, credo che abbiate davvero preso sul serio le problematiche psicologiche che affliggono molti studenti di medicina. La serietà con cui avete portato avanti questo progetto, sommata alla disponibilità in termini semplicemente logistici e alla professionalità nell'operato sono sicuramente punto di forza e non mi hanno mai fatta sentire di "serie B", nonostante provenissi da un percorso diverso

dai classici pazienti che normalmente accedono ai vostri ambulatori. Vi ringrazio tantissimo per quello che avete fatto per me e con me, e per quello che state facendo per e con altri studenti” (Studentessa di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino, 2020).

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, K.K., et al. (2019). Access and health system impact of an early intervention treatment program for emerging adults with mood and anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 492-500.
doi:10.1177/0706743718809347.
- Beck, A.T., et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561.
doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Bert, F., et al. (2020). Prevalence of depressive symptoms among Italian medical students: The multicentre cross-sectional “PRIMES” study. *Plos one*, 15(4).
doi:10.1371/journal.pone.0231845.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
doi:10.2307/2136404.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., e Shanafelt, T.D. (2006). Systematic review of de-

- pression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic medicine*, 81(4), 354-373.
doi:10.1097/00001888-200604000-00009.
- Dyrbye, L., Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical education*, 50(1), 132-149.
doi:10.1111/medu.12927.
- Fares, J., et al. (2016). Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students. *North American journal of medical sciences*, 8(2), 75.
doi:10.4103/1947-2714.177299.
- Hankir, A., Zaman, R. (2015). Stigma and mental health challenges in medical students. *European Psychiatry*, 30, 722-722. doi:10.1136/bcr-2014-205226.
- Hoffman, L.J., Guerry, J.D., e Albano, A.M. (2018). Launching Anxious Young Adults: A Specialized Cognitive-Behavioral Intervention for Transitional Aged Youth. *Current psychiatry reports*, 20(4), 25.
doi:10.1007/s11920-018-0888-9.
- Hope, V., Henderson, M. (2014). Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Medical education*, 48(10), 963-979. doi:10.1111/medu.12512.
- Huang, J., et al. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 107, 1-10.
doi:10.1016/j.jpsychires.2018.09.018.
- Li, W., et al. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732.
doi:10.7150/ijbs.45120.
- Menon, V., Sarkar, S., e Kumar, S. (2015). Barriers to healthcare seeking among medical students: a cross sectional study from South India. *Postgraduate medical journal*, 91(1079), 477-482.
doi:10.1136/postgradmedj-2015-133233.
- Midtgaard, M., et al. (2008). Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *European Psychiatry*, 23(7), 505-511.
doi:10.1016/j.eurpsy.2008.04.006.
- Puthran, R., et al. (2016). Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Medical education*, 50(4), 456-468. doi:10.1111/medu.12962.
- Rotenstein, L.S., et al. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
doi:10.1001/jama.2016.17324.

- Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)("self-evaluation questionnaire"). doi:10.1002/9780470479216.corpsy0943.
- Schwenk, T. L., Davis, L., e Wimsatt, L. A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *Jama*, *304*(11), 1181-1190. doi:10.1001/jama.2010.1300.
- Tian-Ci Quek, T., et al. (2019). The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *16*(15), 2735. doi:10.3390/ijerph16152735.
- Volpe, U., et al. (2019). Mental health and wellbeing among Italian medical students: a descriptive study. *International review of psychiatry*, *31*(7-8), 569-573. doi:10.1080/09540261.2019.1654718.
- Wimsatt, L. A., Schwenk, T. L., e Sen, A. (2015). Predictors of depression stigma in medical students: potential targets for prevention and education. *American journal of preventive medicine*, *49*(5), 703-714. doi:10.1016/j.amepre.2015.03.021.

Il professionismo online attraverso l'utilizzo dei social network da parte degli studenti di infermieristica: uno studio trasversale osservazionale

Doriana Montani¹, Chiara Gallione¹, Chiara Airoidi², Elisabetta Galbier³.

¹ *Corso di Laurea in Infermieristica, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche - Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara (NO) (ITALIA)*

² *Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale*

³ *U.O. Medicina Generale ASST RHODENSE, Rho (MI) (ITALIA) - elisabetta.galbier@gmail.com*

ABSTRACT

Gli studenti di infermieristica sono spesso coinvolti in episodi di inappropriato utilizzo dei social media e al fine di esplorarne le attitudini è stato condotto uno studio descrittivo di tipo trasversale. Lo studio ha evidenziato che gli atteggiamenti relativi all'utilizzo dei social media non varia né rispetto all'anno di corso né rispetto al genere.

ABSTRACT ESTESO

Premessa. La diffusione dei social media ha indotto molti infermieri a creare un profilo personale, tuttavia molti studi hanno registrato frequenti episodi di inappropriato utilizzo di tali mezzi. Da qui la necessità di iniziative che contribuiscano a incrementare un uso responsabile di tali strumenti. Il nostro studio, realizzato come un'indagine descrittiva rivolta ad una coorte di studenti afferenti al primo e al terzo anno della Laurea triennale in Infermieristica dell'Università del Piemonte Orientale e teso a valutare la consapevolezza sociale dell'utilizzo dei social media, si inserisce in questo contesto.

Obiettivo. L'obiettivo è valutare, tramite la somministrazione di un questionario specifico, il grado di consapevolezza nell'uso dei social media da parte degli studenti del primo e del terzo anno afferenti al corso di laurea triennale in Infermieristica.

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio descrittivo di tipo trasversale al fine di esplorare le attitudini degli studenti di infermieristica su un campione di studenti attraverso il questionario "Students Nurses Use and Views of Social Media survey". La versione italiana del questionario consiste in 27 domande su scala Likert da 1 a 5 divise in 4 sezioni: informazioni demografiche, utilizzo dei social network, privacy in internet e profilo online e comportamento professionale nell'uso di internet e dei social network.

Risultati. È emerso che gli studenti del primo anno sono più preoccupati che qualcuno possa postare informazioni sul loro conto in grado di influenzare l'opinione pubblica e ritengono che un datore di lavoro possa prendere in considerazione quanto pubblicato sui social quando decide di fare un'assunzione. Non esiste differenza statisticamente significativa rispetto alla responsabilità sull'uso dei social in base all'anno di corso e al genere.

Conclusioni. L'utilizzo dei social nell'assistenza infermieristica necessita di nuove competenze che andrebbero fornite fin dagli inizi del percorso universitario e attraverso un processo di formazione continua.

Parole chiave: infermieri, studenti di infermieristica, social media, social network, professionismo digitale.

PREMESSA

L'intersezione tra professionismo e social media ha determinato la nascita del termine "e-professionalism" (1), anche detto "professionismo digitale", che consiste "nelle attitudini e nei comportamenti (che possono anche verificarsi in ambiente privato) che riflettono il professionismo tradizionale attraverso i media digitali". Attraverso il Web sono dunque offerte nuove possibilità di comunicazione con il cittadino e tra professionisti della salute. Per gli infermieri è una sfida: se da un lato non possono evitare di usare i social media, dall'altro devono essere ben consapevoli che il loro utilizzo deve essere attento e responsabile evitando,

per quanto possibile, i rischi conseguenti ad un uso improprio (2) (3) (4) (5).

Gli infermieri possono infatti usare i social network positivamente al fine di condividere nozioni sanitarie, aiutare i pazienti a ricercare risorse online affidabili, supportare alcuni gruppi e identificare le disinformazioni sanitarie come dimostrato da numerosi studi (6) (7) (8). D'altro canto, però dall'analisi della letteratura sono emerse alcune criticità circa l'utilizzo dei social media nell'ambito dell'e-professionalism che hanno indotto la necessità di alcuni approfondimenti in ambiti specifici: privacy, comportamenti inappropriati, confini professionali, educazione e politiche di utilizzo dei

social (5).

Per quanto riguarda la privacy, la legge sulla protezione dei dati è centrata sul principio che gli individui dovrebbero avere il controllo sulle loro informazioni personali, questo elemento deve quindi essere rispettato dai professionisti della salute durante le attività online per evitare di violare la confidenzialità delle informazioni riguardo il paziente (9).

In particolare, molti studi hanno confermato la presenza di comportamenti online inappropriati da parte dei professionisti della salute come: casi di violazione della privacy dei pazienti, commenti negativi sugli stessi, oppure su colleghi, presentazione di materiale sessuale o suggestivo, foto ritraenti consumo di alcool e droga ed utilizzo di linguaggio volgare (5).

Rispetto ai confini professionali, questi separano il comportamento terapeutico da quello non terapeutico e consistono nel limite relazionale che consente la sicurezza e l'efficacia dell'intervento terapeutico. Fondamentale è salvaguardare questi limiti anche online (9).

In riferimento a educazione e politiche di utilizzo dei social media, questi strumenti vengono creati per favorire la professionalità online ed evitare le violazioni sopra descritte (5).

Ci sono evidenze che indicano che gli stu-

denti di infermieristica, al pari degli infermieri, possano assumere comportamenti online non professionali. Pare infatti che molti studenti, anche a causa di una carenza curricolare formativa universitaria, non siano ben informati riguardo alle aspettative professionali online e neppure sull'importanza e la delicatezza della privacy (10) (11) (4) (12) (13) (14).

Come futuri professionisti della salute, gli studenti di infermieristica devono essere consapevoli non solo dei benefici derivanti dall'uso dei social media ma anche dei rischi e delle conseguenze in caso di violazioni. Le conseguenze relative ad un uso inappropriato dei social possono includere azioni accademiche o disciplinari o addirittura cause legali, se sono state violate privacy e confidenzialità.

Inoltre, le informazioni possono essere usate dai datori di lavoro per formulare giudizi di natura professionale. In contrapposizione sono dimostrati numerosi vantaggi legati all'utilizzo dei social media da parte degli studenti; questo giustifica il loro uso in ambito scolastico e professionale, ad esempio, i social network hanno la potenzialità di accrescere l'apprendimento degli studenti sia dentro che fuori dalle aule (10).

Alcuni risultati emersi dall'analisi di numerosi studi confermano l'utilità di lezioni interattive come metodologia di insegnamento ed anche degli argomenti trattati

circa *l'e-professionalism*, il cui obiettivo è quello di ridurre le conseguenze negative relative all'uso dei social media da parte degli studenti e degli infermieri (4) (11) (14) (15) (16) (17) (18) (19). L'elemento chiave è avere quindi consapevolezza dello strumento che si utilizza e tale consapevolezza dovrebbe essere sostenuta da un'adeguata formazione dei professionisti della salute ma anche, a priori, degli studenti delle professioni sanitarie durante il loro percorso di studi (3) (20).

OBIETTIVO

L'obiettivo è valutare, tramite la somministrazione di un questionario specifico, il grado di consapevolezza nell'uso dei social media da parte degli studenti del primo e del terzo anno afferenti al corso di laurea triennale in Infermieristica.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'indagine descrittiva multicentrica relativa alla visione sociale dell'utilizzo dei social media, da parte di una coorte di studenti di infermieristica afferenti al corso di Laurea triennale in Infermieristica, attraverso un questionario validato.

Sono state esplorate le attitudini di utilizzo dei social media da parte di tutti gli studenti iscritti nell'anno accademico 2018/2019 al primo e al terzo anno afferenti alle sedi di

Alba, Alessandria, Biella, Novara, Verbania e Vercelli del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università del Piemonte Orientale per un totale di 529 studenti.

Lo strumento di raccolta dati è rappresentato dal questionario "Students Nurses Use and Views of Social Media survey", versione originale validata e acquisita dall'autore (21), al fine di sottoporlo a validazione linguistica mediante procedura di "back-translation" con l'ausilio di madrelingua inglese. La versione italiana del questionario consiste in 27 domande, con risposta a gradazione su scala Likert da 1 a 5 (da 1 = fortemente in disaccordo a 5 = fortemente d'accordo per gli item positivi; mentre in ordine invertito per i reverse item, con un totale ottenibile di 55 pnt) divise in 4 sezioni: informazioni demografiche; 2) utilizzo dei social network; 3) privacy in internet e profilo online; 4) comportamento professionale nell'uso di internet e dei social network.

Per quanto riguarda il numero di alternative di scelta del questionario gli esperti hanno discusso la possibilità di passare da un numero di alternative dispari [5], come nel questionario originale, ad un numero di alternative pari. Tenuto conto che, se da un lato il numero di alternative pari induce i rispondenti a prendere una decisione, dall'altro determina molto spesso una forzatura della realtà (22), alla fine il gruppo di esperti ha deciso di mantenere il numero di

alternative dispari come nella versione originale. Dopo aver ottenuto l'autorizzazione alla conduzione dello studio da parte del Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica e dai Coordinatori delle varie Sedi e previo ottenimento del consenso da parte del Responsabile della Protezione dei Dati al trattamento dei dati personali, aggiornato secondo il regolamento UE sulla privacy entrato in vigore il 25 maggio 2018, si è proceduto alla somministrazione dei questionari. La versione italiana del questionario è stata ultimata ed invitata nei mesi di febbraio e maggio 2018 online tramite le e-mail reperite dalle segreterie di Ateneo utilizzando l'applicativo RedCap, una soluzione software EDC (Electronic Data Capture) basata su browser, utilizzato per la progettazione di database di ricerca clinica e traslazionale.

Il questionario è stato inviato al campione per la prima volta il giorno 15/04/2019, con una seconda mail di reminder inviata in data 02/05/2019 e chiusura dell'acquisizione dati stabilita al 24/05/2019. Il testo delle e-mail inviate prevedeva una presentazione al fine di descrivere la finalità di utilizzo di tale survey, ribadendo che la risposta inviata non sarebbe stata riconducibile allo studente e che il consenso veniva for-

nito all'accesso alla sezione risposte (consenso implicito). Ad ogni partecipante è stato attribuito un numero identificativo casuale, in modo da evitare la possibilità di riconoscimento dei nominativi e garantire il rispetto della privacy e della riservatezza necessari. Le variabili sono state analizzate sia mantenendo separate le varie risposte e riportando frequenze assolute e percentuali, sia come numeriche indicando mediana (P50) e range interquartile (IQR). I punteggi totali e quelli ottenuti nelle singole aree (identificate tramite factor analysis) sono stati suddivisi e confrontati, con il test non parametrico di Wilcoxon, al fine di valutare la presenza di differenze di genere e anno di corso. Il livello di significatività statistica è stato posto pari a $p \leq 0,05$ e le analisi sono state condotte utilizzando il software STATA 15.0.

RISULTATI

Sono stati arruolati 529 studenti in totale di cui solo il 26,84%, ovvero 142, hanno risposto al questionario online e sono stati considerati come partecipanti allo studio.

La prima parte del questionario (domande Q1-Q5) è rivolto alla definizione delle caratteristiche sociodemografiche del campione (Tabella 1)

CARATTERISTICHE (N=142)	FREQUENZA N (%)
Genere	
Maschio	21(14,79%)
Femmina	121(85,21%)
Anno di corso	
Primo anno	63(44,37%)
Terzo anno	79(55,63%)
Reddito familiare mensile	
0-10.000	71(51,82%)
10.000-20.000	43(31,39%)
20.000-30.000	12(8,76%)
>30.000	11(8,03%)
Numero di membri della famiglia	
1	2(1,42%)
2	13(9,22%)
3	29(20,57%)
4	63(44,68%)
5	20(14,18%)
6	12(8,51%)
7	2(1,42%)
Livello di educazione della madre	
Nessuno	3(2,13%)
Licenza elementare	11(7,80%)
Licenza media	44(31,21%)
Licenza superiore	68(48,23%)
Laurea	13(9,22%)
Laurea Magistrale	2(1,42%)
Dottorato	0(0%)
Livello di educazione del padre	
Nessuno	2(1,42%)
Licenza elementare	13(9,22%)
Licenza media	63(44,68%)
Licenza superiore	50(35,46%)
Laurea	8(5,67%)
Laurea Magistrale	2(1,42%)
Dottorato	3(2,13%)
Luogo usato più spesso per l'utilizzo dei social media	
Casa	137(96,48%)
Università	5(3,52%)

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione

La maggior parte degli studenti rispondenti al questionario è di genere femminile (85,21%), frequenta il terzo anno di corso (55,63%) e utilizza maggiormente i social media a casa (96,48%) piuttosto che in università (3,52%).

La seconda parte del questionario (domande Q6-Q17) è tesa a valutare gli atteggiamenti dei rispondenti nei confronti dell'uso dei social media. I risultati in termini di conteggi e percentuali sono riportati in Tabella 2:

DOMANDE	RISPOSTE	Frequenza (%)
Q6: Il mio profilo Social e le mie pubblicazioni rappresentano chi sono io:	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	7 (4,93) 11 (7,75) 16 (11,27) 66 (46,48) 42 (29,58)
Q7: Sono preoccupato che altre persone possano postare informazioni in grado di influenzare come gli altri mi vedono:	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	28 (19,72) 42 (29,58) 33 (23,24) 33 (23,24) 6 (4,23)
Q8: Se le impostazioni sulla privacy sono correttamente configurate, è accettabile pubblicare tutto ciò che si vuole sui Social (reverse item)	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	37 (26,06) 43 (30,28) 35 (24,65) 17 (11,97) 10 (7,04)
Q9: Ho utilizzato i Social per argomentare dei problemi di tipo accademico con altre persone (per esempio, come portare a termine un incarico):	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	19 (13,48) 43 (30,50) 24 (17,02) 46 (32,62) 9 (6,38)
Q10: Durante la laurea in Infermieristica, mi sono reso conto del comportamento professionale che ci si aspetta quanto si utilizzano i social	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	4 (2,84) 9 (6,38) 20 (14,18) 65 (46,10) 43 (30,50)
Q11: Essendo uno studente di infermieristica, dovrei tenere gli stessi standards professionali utilizzando i social durante il percorso accademico	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	6 (4,29) 13 (9,29) 33 (23,57) 53 (37,86) 35 (25,00)
Q12: Ho postato informazioni (per es. foto/commenti) sui Social che non vorrei fossero viste in futuro da un ipotetico datore di lavoro/membro accademico (reverse item)	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	53 (37,32) 58 (40,85) 18 (12,68) 7 (4,93) 6 (4,23)
Q13: Gli studenti sono responsabili di tutte le informazioni pubblicate sui social es. Foto/ commenti	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	3 (2,11) 2 (1,41) 5 (3,52) 50 (35,21) 82 (57,75)

Q14: È corretto se un datore di lavoro reperisca informazioni sui Social nel momento in cui sceglie di fare un'assunzione:	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	27 (19,01) 32 (22,54) 44 (30,99) 26 (18,31) 13 (9,15)
Q15: Sono preoccupato che le informazioni pubblicate sui Social possono essere utilizzate da altri per giudicare il mio livello di professionalità:	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	30 (21,13) 44 (30,99) 28 (19,72) 37 (26,06) 3 (2,11)
Q16: Penso che la reputazione degli studenti di Infermieristica possa essere considerato negativamente se visibili al pubblico (reverse item)	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	20 (14,08) 43 (30,28) 43 (30,28) 26 (18,31) 10 (7,04)
Q17: Anche se la riservatezza del paziente non è compromessa, non è accettabile formulare commenti sui pazienti, per esempio sui tossicodipendenti, sui Social network:	Assolutamente non d'accordo Non d'accordo Incerto D'accordo Assolutamente d'accordo	6 (4,23) 2 (1,41) 8 (5,63) 39(27,46) 87(61,27)

Tabella 2. Rappresentazione degli atteggiamenti degli studenti di infermieristica nei confronti dell'utilizzo dei social media

In Tabella 3 si sono riportate le risposte alle domande Q6-Q17 (scala Likert 1-5) suddivisi per genere e anno di corso:

Domande	Genere di appartenenza¶			Anno di corso			Totale
	M # P50 (iqr)	F # P50 (iqr)	P-value\$	Primo # P50 (iqr)	Terzo # P50 (iqr)	P-value\$	# P50 (iqr)
Q6	4 (0)	4 (1)	0,633	4 (1)	4 (2)	0,806	4 (1)
Q7	2 (1)	3 (2)	0,4958	3 (2)	2 (1)	0,0451	3 (2)
Q8	2 (2)	2 (2)	0,9030	2 (1)	2 (2)	0,1016	2 (2)
Q9	2 (3)	3 (2)	0,0543	3 (2)	3 (2)	0,5153	3 (2)
Q10	4 (2)	4 (1)	0,7967	4 (1)	4 (2)	0,9663	4 (1)
Q11	4 (2)	4 (1)	0,1636	4 (1)	4 (2)	0,7653	4 (1,5)
Q12	2 (1)	2 (1)	0,8733	2 (1)	2 (1)	0,5688	2 (1)
Q13	5 (1)	5 (1)	0,5740	4 (1)	5 (1)	0,1875	5 (1)
Q14	3 (2)	3 (1)	0,3107	3 (2)	2 (1)	0,0042	3 (2)
Q15	3 (2)	2 (2)	0,4311	3 (2)	2 (2)	0,2199	2 (2)
Q16	3 (2)	3 (1)	0,5704	3 (2)	3 (1)	0,5883	3 (2)
Q17	5 (0)	5 (1)	0,2373	5 (1)	5 (1)	0,9754	5 (1)
¶ Genere: Maschile M, Femminile F							
# P50: mediana; iqr: Range Interquartile							
\$ Valori di P ottenuti tramite il test non parametrico di Wilcoxon							

Tabella 3. Punteggi (scala Likert 1-5) delle domande Q6-Q17 suddivisi per genere e anno di corso

In base all'anno di corso, come si deduce dalle risposte alla domanda Q7: gli studenti del primo anno sono più preoccupati che qualcuno possa postare informazioni sul loro conto in grado di influenzare l'opinione pubblica. ($p=0,0451$). Inoltre, secondo le risposte alla domanda Q14: gli studenti del primo anno ritengono che un datore di lavoro possa prendere in considerazione quanto pubblicato sui social nel momento in cui decide di assumere un infermiere. ($p=0,0042$). Attraverso l'analisi fattoriale sono stati evidenziati 3 fattori: FATTORE 1: responsabilità degli studenti di infermieristica all'utilizzo dei social (Q6/Q9/Q10)

Per quanto riguarda la responsabilità degli studenti di infermieristica all'utilizzo dei social media la maggior parte degli studenti dichiara di aver compreso l'importanza di un atteggiamento responsabile sui social media (76,6%) e che il profilo online rappresenta la propria persona (76,06%), ma solo il 39% dichiara di essere d'accordo ad utilizzare i social media per discutere di problemi accademici.

FATTORE 2: visibilità degli studenti di infermieristica sui social (Q7/Q12/Q15/Q16)

Rispetto alla visibilità degli studenti di infermieristica sui social solo il 27,47% degli studenti è preoccupato che altre persone possano postare informazioni che influenzino la propria immagine agli occhi degli al-

tri. Solo il 28,17% è preoccupato che le informazioni postate sui social possano essere utilizzate per giudicare il livello di professionalità mentre il 44,33% degli studenti ritiene che la reputazione degli studenti di Infermieristica possa essere considerata negativamente se visibili al pubblico. Un'alta percentuale, ovvero il 78,17% dichiara di aver postato informazioni (per es. foto/commenti) sui social che non vorrebbero fossero viste in futuro da un ipotetico datore di lavoro/membro accademico.

FATTORE 3: impostazioni di privacy e contenuti dei post su internet (Q13/Q14/Q17). In riferimento alle impostazioni di privacy il 92,96% degli studenti ritiene di essere responsabile di tutte le informazioni postate sui social. Il 41,55% degli studenti si dichiara non d'accordo sulla legittimazione a considerare quanto pubblicato sui social nel momento in cui un datore di lavoro decide di fare un'assunzione, lasciando ampio spazio all'incertezza (30,99%). L'88,73% dichiara che se la riservatezza del paziente non è compromessa, non è comunque accettabile formulare commenti sui pazienti sui Social network.

Nella Tabella 4 vengono rappresentati i punteggi globali e punteggi dei singoli fattori (F1, F2, F3 estratti dalla factor analysis) suddivisi secondo il genere di appartenenza e l'anno di corso:

Punteggio	Genere di appartenenza¶			Anno di corso			Totale
	M P50 (iqr)#	F P50 (iqr)	P-value\$	Primo P50 (iqr)	Terzo P50 (iqr)	P-value	P50 (iqr)
Globale	41 (5)	42 (5)	0,433	43 (5)	41 (5)	0,101	42 (5)
F1	10 (2)	11 (3)	0,083	11 (3)	11 (3)	0,738	11 (3)
F2	15 (5)	16 (2)	0,463	16 (3)	16 (2)	0,889	16 (3)
F3	12 (3)	12 (3)	0,311	12 (3)	12 (3)	0,051	12 (3)
¶ Genere: Maschile M, Femminile F							
# P50: mediana; iqr: Range Interquartile							
\$ Valori di P ottenuti tramite il test non parametrico di Wilcoxon							
F1: Fattore 1 F2: Fattore 2 F3: Fattore 3							

Tabella 4. Punteggi globali e punteggi dei singoli fattori (F1, F2, F3 estratti dalla factor analysis) suddivisi secondo il genere di appartenenza e l'anno di corso

Dalla tabella 4 si evidenzia come il punteggio di F3 sembra variare in base all'anno di corso, ovvero gli studenti del primo anno sono più preoccupati rispetto alle tematiche di "impostazioni di privacy e contenuti dei post su internet" rispetto ai colleghi del terzo anno ai limiti della significatività statistica ($p=0.051$).

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Dei 529 studenti della popolazione target solo 142 studenti, ovvero il 26%, hanno risposto al questionario, vista la scarsa numerosità dei rispondenti i risultati del questionario sono generalizzabili con molta cautela. La motivazione della scarsa rispondenza potrebbe risiedere in una mancanza di consapevolezza circa il fenomeno di utilizzo dei social media in modo professionale a causa della parziale formazione, in primis nelle università italiane. Considerata l'importanza dell'argomento potrebbe essere utile in futuro sensibilizzare maggiormente gli studenti sull'utilizzo dei social media in

sede universitaria prima di procedere ad ulteriori indagini (23). Dalle analisi statistiche condotte inoltre emerge che non esistono differenze statisticamente significative relative all'uso dei social media fra gli studenti in base al genere di appartenenza e all'anno di corso. Circa il 76% degli studenti dichiara di aver compreso l'importanza di un atteggiamento responsabile sui social e che il profilo online rappresenta la propria persona in contrasto una buona percentuale di studenti 78,17% degli studenti ha pubblicato informazioni online che non vorrebbero fosse viste da un ipotetico datore di lavoro, ed ancora solo il 39% degli studenti dichiara di essere d'accordo ad utilizzare i social media per discutere di problemi accademici. Questi dati si trovano in contrapposizione, in quanto creare profili online che rappresentino la propria persona anche dal punto di vista professionale e utilizzare i social media per discutere di problemi accademici potrebbe elevare ad un utilizzo virtuoso gli stessi ed assicurare una corretta

diffusione di informazioni, questi risultati potrebbero essere dovuti alla poca esperienza degli studenti circa l'utilizzo dei social o ad una sfiducia delle informazioni condivise online; inoltre aver utilizzato i social in maniera scorretta pubblicando informazioni che non si vorrebbero condividere con tutti (es. datore di lavoro) comporta un rischio per la salvaguardia dell'immagine professionale dell'infermiere online. L'88,73% degli studenti dichiara che non è comunque accettabile formulare giudizi sui pazienti anche se la loro riservatezza non è compromessa, dato rassicurante verso una tematica molto importante quale quella del segreto professionale.

Come dimostrano le risposte alle domande Q7 e Q14 è emerso che gli studenti del primo anno sono più preoccupati degli studenti del terzo anno rispetto a come gli altri li possano giudicare tramite i social, questo potrebbe essere dovuto alle Lezioni di Deontologia concluse al primo anno di corso che responsabilizzano gli studenti verso questo argomento. A questo proposito un aspetto da considerare è che il piano di studi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università del Piemonte Orientale prevede ulteriori insegnamenti di Etica solo alla fine del secondo semestre del terzo anno, dopo la somministrazione del nostro questionario. Questo tipo di organizzazione

del piano di studi potrebbe non aver permesso l'approfondimento di aspetti importanti come il profilo professionale online e giustificare ulteriormente i risultati dello studio. Un'altra considerazione che potrebbe motivare le risposte deve essere ricercata nel fatto che gli studenti all'ultimo anno di corso dimostrano più fiducia in se stessi rispetto agli studenti del primo anno e di conseguenza si possano ritenere presumibilmente più sicuri anche dell'immagine che presentano sui social media.

Ricordando l'importanza del Codice Deontologico dell'Infermiere 2019 al Capo V – Articoli 28 e 29 riguardo rispettivamente “Comportamento nella comunicazione” e “Valori nella comunicazione” (25) che rivendicano l'importanza della comunicazione anche online e in considerazione dei risultati dello studio l'Università del Piemonte Orientale si sta muovendo verso l'educazione dei propri studenti sull'utilizzo dei social media attraverso l'utilizzo di una piattaforma online interattiva: si tratta di una lezione online circa la professionalità da mantenere sul Web come professionisti della salute, da somministrare dalla fine del primo anno di corso in poi allo scopo di approfondire ulteriormente i concetti fondamentali della presentazione della propria immagine professionale online. Questo metodo acquisisce maggiore importanza anche nel con-

testo di questa emergenza sanitaria da COVID-19 (COronaVirus Disease 19) dove vengono ad incontrarsi sia la necessità di creare lezioni online, come indicato dalla nota operativa del Ministero dell'Istruzione con le indicazioni sulla didattica a distanza (26), sia la difesa della professionalità dell'infermiere sul Web attraverso uno strumento che favorisce totalmente l'apprendimento online (16).

Passando alla descrizione dei punti di forza e di debolezza dell'elaborato e aree di ricerca futura, un punto di forza è quello di mettere in luce le molteplici potenzialità offerte dal Web a una

professione in continuo sviluppo come quella dell'infermiere e che potrebbe continuare ad evolversi alla pari e grazie ad internet. D'altro canto, manca la descrizione di normative precise e comuni alle quali l'infermiere dovrebbe attenersi durante l'utilizzo del Web, che rappresenta un punto di debolezza ma anche un'area di ricerca futura al fine di regolamentare ufficialmente l'attività dell'infermiere su internet. Ulteriori aree di ricerca futura devono essere indirizzate verso l'analisi dei bisogni formativi degli studenti circa l'utilizzo dei social media, il numero e la modalità delle violazioni professionali online al fine di creare lezioni ad hoc sul come utilizzare al meglio i social media nella professione infermieristica (4) (11) (15) (16) (17).

In conclusione, il rapporto tra paziente e professionista sanitario è in continua evoluzione grazie all'avvento dei media elettronici che avanzano e migliorano la comunicazione. Educare gli studenti universitari ad utilizzare i social media può garantire alla prossima generazione di professionisti della salute lo sviluppo e la promozione di identità e professionalità positive. L'uso appropriato dei social massimizzerà le opportunità di lavoro per gli studenti e minimizzerà i rischi per la privacy e garantirà che la sicurezza dei pazienti rimanga un fondamentale obiettivo in questo ambiente in rapido cambiamento. L'utilizzo dei social media nell'assistenza infermieristica genera la necessità di nuove competenze che dovrebbero essere rese fruibili fin dagli inizi del percorso scolastico e attraverso un processo di formazione continua (27) (20).

CONFLITTO DI INTERESSI

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

FINANZIAMENTI

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

1. Cain J, Romanelli F. E-professionalism: a new paradigm for a digital age. *Curr Pharm Teach Learn.* 2009;1(2):66–70.

2. Vanzetta M, Silvestro A, Martellotti E, Vellone E, Alvaro R. La comunicazione online tra professionisti e cittadino in ambito sanitario: primo rapporto sulle attività della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (IPASVI). *L'Infermiere* n°1 FNOPI. 2013; e1–8.
3. Vanzetta M, Vellone E, Dal Molin A, Martellotti E, Alvaro R. Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri. *L'Infermiere* n°5 FNOPI. 2013;79–88.
4. Henning MA, Hawken S, MacDonald J, McKimm J, Brown M, Moriarty H, et al. Exploring educational interventions to facilitate health professional students' professionally safe online presence. *Med Teach*. 2017;39(9):959–66.
5. Chretien K, Tuck M. Online Professionalism: A synthetic review. *Interbational Rev psychiatry*. 2015;27(2):106–17.
6. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *P&T*. 2014;39(7):491–520.
7. Sandlin JK, Hinmon D. Beyond Baby Steps. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2016;30(3):204–8.
8. Lewis MA, Dicker AP. Social Media and Oncology: The past, present, and future of electronic communication between physician and patient. *Semin Oncol*. 2015;42(5):764–71.
9. Green J. Nurses' online behaviour: lesson for the nursing profession. *Contemp Nurse*. 2017;53(3):355–67.
10. Barnable A, Cunning G, Parcon M. Nursing Students' Perceptions of Confidentiality, Accountability, and E-Professionalism in Relation to Facebook. *Nurse Educ*. 2018;43(1):28–31.
11. Marnocha S, Marnocha M, Cleveland R, Lambie C, Limberg CY, Wnuk J. A Peer-Delivered Educational Intervention to Improve Nursing Student Cyberprofessionalism. *Nurse Educ*. 2017;42(5):245–9.
12. Giordano C, Giordano C. Health professions students' use of social media. *J Allied Health*. 2011;40(2):78–81.
13. Hall M, Hanna LA, Huey G. Use and views on social networking sites of pharmacy students in the United Kingdom. *Am J Pharm Educ*. 2013;77(1).
14. White J, Kirwan P, Lai K, Walton J, Ross S. «Have you seen what is on Facebook?» the use of social networking software by healthcare professions students. *BMJ Open*. 2013;3.
15. Hatch T, Bates H, Shenoy K, Walton J. Professionalism and social media: an inter-professional learning activity. *Med Educ*. 2013; 47:1119–46.
16. Jones R, Kelsey J, Nelmes P, Chinn N, Chinn T, Proctor-Childs T. Introducing Twitter as an assessed component of the undergraduate nursing curriculum: case study. *J Adv Nurs*. 2016;72(7):1638–53.

17. Boulodrick D. Social media use in health professions: an educational intervention to prevent the misuse of social media in the clinical setting. Medical University of South Carolina; 2014.
18. Barlow CJ, Morrison S, Stephens HON, Jenkins E, Bailey MJ, Pilcher D. Unprofessional behaviour on social media by medical students. *Med J Aust.* 2015;203(11):439.
19. Jackson J, Gettings S, Metcalfe A. "The power of Twitter": Using social media at a conference with nursing students. *Nurse Educ Today.* 2018; 68:188–91.
20. Kouri P, Rissanen M, Weber P, Park H. Competences in Social Media Use in the Area of Health and Healthcare. *Stud Heal Technol Inf.* 2017; 232:183–93.
21. Al-Shdayfat NM. Undergraduate student nurses' attitudes towards using social media websites: A study from Jordan. *Nurse Educ Today.* 2018; 66:39–43.
22. Caselli M. Indagare col questionario, Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard. *Vita e Pensiero;* 2005. 224 pag. 23. Colognesi C, Letteria C, Luongo D. Indagine conoscitiva sull'uso dei Social Network nel corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano. *Ital J Nurs.* 2017;20(23):21–5.
24. Eraydın Ş, Karagözoğlu Ş. Investigation of self-compassion, self-confidence and submissive behaviors of nursing students studying in different curriculums. *Nurse Educ Today.* 2017; 54:44–50.
25. FNOPI - Consiglio Nazionale. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. 2019;9.
26. Ministero Dell'Istruzione. Oggetto: emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus. Prime indicazioni operative per le attività didattiche a distanza. 2020. pag. 1-8.
27. Mather C, Cummings E, Nichols L. Social Media Training for Professional Identity Development in Undergraduate Nurses. *Stud Heal Technol Inf.* 2016; 225:344–8.