

BUONE PRASSI – BEST PRACTICES

INTER-PROFESSIONAL EDUCATION (IPE) CON PROBLEM-BASED LEARNING (PBL) PER FAVORIRE LA PRATICA INTER-PROFESSIONALE

di Antonella Lotti, Silvana Pavan

Questo articolo affronta il tema della pratica interprofessionale in ambito sanitario e indaga se l'approccio dell'Educazione Interprofessionale (Inter-Professional Education IPE) coniugata con il metodo didattico Problem-Based Learning, condotto con gruppi multi-professionali, possa raggiungere l'obiettivo di favorire una miglior pratica interprofessionale.

Il lavoro riporta una ricerca svolta presso un'unità sanitaria locale, in una struttura dedicata alla riabilitazione neuro-cognitiva, ove erano stati evidenziati alcuni problemi di comunicazione tra i vari professionisti della cura. In quel contesto l'Unità Operativa preposta alla formazione ha utilizzato il metodo del Problem Based Learning per un corso di formazione sul campo rivolto a medici, fisioterapisti, infermieri, logopedisti e operatori socio-sanitari.

This paper addresses the issue of inter-professional practice (IPP) in Medicine, and investigates whether Problem-Based Learning, led with multi-professional groups, could facilitate Interprofessional Practice.

This paper illustrates a research carried out at a local health unit, in a structure dedicated to neuro-cognitive rehabilitation, where some communication problems between the various care professionals were highlighted. In that context, the Training Unit used the Problem Based Learning method for a continuing

medical education workshop open to MD, physiotherapists, nurses, speech therapists and health and social workers.

1. Introduzione

Nel contesto attuale gli aspetti della cura e dell'offerta sanitaria vedono un aumento esponenziale della complessità, non solo in relazione ai progressi tecnologici o terapeutici, ma anche in relazione ai mutamenti della tipologia di utenti e alla necessità di prendere in carico i pazienti, con un passaggio dal paradigma del “to cure” a quello del “to care” (Smith, 2015).

Diventa importante migliorare la capacità dei professionisti della cura di lavorare in squadra, chiarificando i ruoli professionali e promuovendo modelli cooperativi del “to care”.

Dal Canada giunge un approccio che sembra molto interessante per favorire il lavoro di squadra dei professionisti della salute: la Pratica Collaborativa Interprofessionale (IPC), strategia che crea una partnership tra i professionisti della salute e un cliente, e si avvale di un approccio partecipante, collaborativo e coordinato al fine di prendere decisioni condivise rispetto a temi sanitari e sociali (CIHC, 2010). Tale pratica corrisponde al processo tramite cui differenti gruppi di professionisti sanitari e sociali collaborano al fine di influenzare positivamente la cura (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017). IPC prevede una regolare interazione tra i professionisti, valorizzando l'esperienza e i contributi che le diverse professioni della salute apportano alla cura del paziente.

Fornire una cura coordinata, globale ed efficace è una attività estremamente complessa, che richiede una collaborazione stretta tra i professionisti della salute. La letteratura evidenzia come tale collaborazione sia spesso problematica, e che l'Educazione Interprofessionale (Interprofessional Education o IPE) possa rappresentare una strada possibile per migliorare la collaborazione nella presa in carico clinica, assistenziale e

riabilitativa del paziente (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth & Zwarenstein, 2013).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'IPE è un'esperienza formativa che «si realizza quando discenti di due o più professioni apprendono su, da e con gli altri». Si tratta di una proposta educativa innovativa tesa a migliorare la formazione delle professioni sanitarie al fine di realizzare una Pratica Collaborativa Interprofessionale efficace.

I momenti di formazione condivisa non sostituiscono in alcun modo il percorso formativo specifico di ciascuna professione e favoriscono lo sviluppo dell'identità professionale di ciascuna professione sanitaria. Per essere veramente interprofessionale, un'interazione richiede un'integrazione e una collaborazione intenzionale tra le professioni, sia in ambiente accademico che in ambiente clinico.

L'Educazione Interprofessionale è un costrutto relativamente giovane, definito con chiarezza negli anni Novanta, che è stato introdotto e adottato in alcune università, tra cui merita una menzione speciale quella di Linkoping in Svezia.

In questa università l'educazione interprofessionale avviene creando gruppi multidisciplinari, composti da una decina di studenti, di cui alcuni afferenti al corso di laurea in medicina, alcuni a quello di infermieristica, altri a quello di fisioterapia e così via. Ai gruppi di solito viene proposta una situazione problematica da affrontare secondo il proprio punto di vista professionale, per favorire la conoscenza dei diversi punti di vista e l'integrazione delle differenti competenze, al fine di realizzare un approccio centrato sul paziente, secondo il motto «apprendere insieme per collaborare insieme» (Wilhelmsson, Pelling, Ludvigsson, Hammar, Dahlgren & Faresjö, 2009).

Il Problem Based Learning (PBL) è utilizzato come metodo didattico privilegiato per realizzare attività di IPE. Il PBL è un metodo didattico che trova le sue radici nel pensiero di John Dewey e nelle metodologie di stampo induttivo, ed è basato sul lavoro pionieristico che Howard Barrows, medico e docente canadese, ha svolto presso la Facoltà di Medicina dell'Università

di Mc Master a Hamilton in Ontario (Lotti, 2018). Nel PBL il docente propone un caso clinico, o una situazione problematica a un gruppo di discenti, e li conduce nell'analisi del caso, seguendo alcune tappe logiche (vedi tabella n. 3) che prevedono di scomporre il problema nelle sue componenti, formulare ipotesi esplicative, individuare le informazioni ulteriori necessarie, lo studio indipendente auto-diretto, la sintesi in plenaria, e la successiva risoluzione del problema. Questa strategia didattica ben si presta per l'Educazione Inter-Professionale perché i discenti, afferenti a professioni sanitarie diversificate, possono contribuire ad analizzare il caso da differenti punti di vista, favorendo una analisi complessa della situazione, la formulazione di ipotesi complementari e l'individuazione di argomenti di studio multidisciplinari, per arrivare successivamente a una visione integrata interprofessionale.

Se da una parte esiste una ampia letteratura dedicata all'Educazione Interprofessionale in ambito universitario, dall'altra vi sono pochi lavori sull'IPE nell'ambito della formazione continua..

Questo articolo riporta uno studio di caso esplorativo realizzato nel contesto della formazione continua del personale di cura al fine di verificare se il PBL, coniugato con l'educazione interprofessionale, possa favorire una migliore comunicazione e collaborazione in ottica di pratica interprofessionale nel contesto dell'educazione continua in medicina.

2. Obiettivi della ricerca

Nel 2015 una ricerca svolta presso l'UOC di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'Ospedale "Alto Vicentino" – Santorso – dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, rilevava alcune difficoltà nella presa in carico riabilitativo-assistenziale del paziente con problematiche riabilitative conseguenti a lesioni al sistema nervoso centrale. Si tratta di pazienti complessi, che richiedono l'integrazione ottimale di

figure professionali quali il medico fisiatra, il fisioterapista, il logopedista e l'infermiere, che dovrebbero perseguire obiettivi univoci e condivisi. Già Sinclair e collaboratori evidenziavano che la modalità di lavoro interprofessionale è la base sia per la filosofia che per la pratica della riabilitazione (Sinclair, Lingard & Moharbeen, 2009). La necessità di lavoro di un team interprofessionale deriva dalla natura complessa dei problemi di salute e dalle specifiche esigenze di assistenza dei pazienti, e il successo del lavoro di squadra dipende da una buona collaborazione dei professionisti sanitari. Sinclair e collaboratori sostengono che i team interprofessionali ben funzionanti hanno un impatto positivo sulla efficacia delle cure.

Attraverso alcuni *focus group* e un questionario erano emersi i problemi maggiormente sentiti all'interno del gruppo di professionisti: la mancata condivisione chiara ed esplicita degli obiettivi del progetto riabilitativo e di modalità chiare ed esaurienti nel passaggio di informazioni all'interno dell'equipe. I professionisti correlavano la propria insoddisfazione, e le difficoltà organizzative e operative, a difetti comunicativi e a carenze nelle conoscenze degli specifici linguaggi professionali (Gonzo, 2016).

L'indice veniva messo sulla riunione d'equipe, la stesura del piano riabilitativo individuale, e su aspetti connessi alla qualità del lavoro in team (le modalità della comunicazione tra professionisti, la chiarezza degli obiettivi riabilitativi e l'univocità nel perseguirli).

Data questa situazione di partenza, l'ufficio di formazione ritenne necessario avviare uno studio di caso esplorativo che potesse migliorare la situazione della pratica professionale e assistenziale, utilizzando le indicazioni metodologiche provenienti dalla letteratura scientifica: l'Interprofessional Education e il Problem-Based Learning.

Gli obiettivi della ricerca quindi vennero definiti come segue:

- verificare se l'Inter-Professional Education (IPE) con Problem-Based Learning può migliorare la conoscenza degli specifici linguaggi professionali;

- verificare se l'Inter-Professional Education (IPE) con Problem-Based Learning (PBL) nel contesto della formazione continua in ambito sanitario può migliorare la percezione di efficacia e efficienza della propria Pratica Collaborativa Interprofessionale.

3. Materiali e metodi

Al fine di verificare le ipotesi, si ritenne necessario prevedere una serie di dispositivi con metodi e strumenti differenziati.

Per prima cosa si decise di organizzare un corso di aggiornamento professionale che si avvalesse dell'Educazione Interprofessionale e del Problem Based Learning e che fosse rivolto a tutti i professionisti dell'Unità Operativa Complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale.

Si ritenne necessario, quindi, formare i formatori che avrebbero condotto questo corso con approccio IPE e con il metodo PBL.

Successivamente si pianificarono le attività di formazione con IPE e PBL articolate in cinque incontri per quattro gruppi interprofessionali.

Un questionario con 16 parole specifiche professionali venne preparato e somministrato pre e post il corso di formazione professionale. Le sedici parole scelte, specifiche delle quattro professioni, sono state proposte dai professionisti partecipanti al corso di formazione sul Problem Based Learning e che avrebbero poi svolto il ruolo di conduttori di gruppi di PBL. Si trattava di due medici, che hanno proposto i termini da 1 a 4; quattro fisioterapisti, che hanno proposto i termini da 5 a 8; due logopedisti, che hanno indicato i termini da 9 a 12 e tre infermieri, che hanno proposto i termini da 13 a 16. Ogni partecipante doveva scrivere la sua definizione per ognuna delle 16 parole (Tabella n. 1).

Tabella n. 1. Le parole delle professioni

PROFESSIONE:	
1. Eminattenzione	
2. Aprassia	
3. Neglect	
4. Linea mediana	
5. Corpo in interazione	
6. Irradiazione	
7. Reclutamento	
8. Somestesi	
9. Afonia	
10. Iniziativa comunicativa	
11. Semisolido	
12. Attenzione	
13. ADL	
14. Rassettersi con predisposizione	
15. Presa in carico del paziente	
16. Carico assistenziale	

Per verificare il gradimento dell'esperienza formativa e le ricadute percepite da parte dei partecipanti, vennero pianificati quattro *focus group* al termine del corso. Ogni *focus group* doveva essere condotto proponendo le domande riportate in tabella 2.

Tabella n. 2. Domande dell'intervista nel *Focus Group*

<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è piaciuto questo corso con il PBL? 2. Come considerate la prima sessione di PBL (chiarificazione)

dei termini poco noti, brainstorming, formulazione di ipotesi e individuazione degli argomenti di studio)? È stata utile la prima sessione di PBL?

3. Come valutate lo studio indipendente? Cosa avete fatto? È stato utile?
4. Come valutate l'esperienza del secondo incontro di PBL?
5. Cosa hai imparato delle altre professioni con questo corso con il PBL?
6. Ci sono state ricadute nel tuo comportamento nei confronti delle altre professioni dopo questo corso?
7. Ci sono state ricadute nella gestione dei pazienti?
8. Consigliaresti di organizzare ancora un corso con il PBL? Cosa modifichereesti?

Il *focus group* doveva essere registrato e trascritto *verbatim* su supporto informatico e poi analizzato attraverso ripetute letture volte a cogliere le percezioni dei partecipanti attraverso le loro stesse parole ed espressioni linguistiche. I testi trascritti sono stati analizzati e codificati manualmente; la procedura seguita si è ispirata alla codifica iniziale dei testi (codifica aperta) propria della *Grounded Theory* (Tarozzi, 2008), metodologia di ricerca qualitativa che intende l'analisi testuale come un processo complesso ma strutturato che si articola intorno a tre momenti di codifica concettualmente progressivi. Nello specifico la procedura seguita è la seguente:

- letture multiple delle trascrizioni dei *focus group*;
- analisi e codifica *riga per riga* (unità di senso);
- individuazione e categorizzazione degli argomenti principali di ricerca;
- assegnazione di un colore a ogni argomento;
- identificazione e colorazione dei contenuti testuali codificati corrispondenti agli argomenti;
- rielaborazione dati in due passaggi:

- per ogni *focus group* è stato creato un file nel quale sono stati trascritti i dati codificati ottenuti, seguendo l'ordine della traccia-intervista di gruppo;
- per ogni argomento è stato creato un file nel quale, di ogni intervista di gruppo, sono stati assemblati i dati codificati corrispondenti.
- rilevazione e comprensione delle relazioni tra gli argomenti principali e i dati codificati.

4. Risultati

4.1. Corso di formazione dei formatori

L'UO Formazione organizzò un corso di formazione sul Problem Based Learning al fine di formare i futuri conduttori di gruppi di PBL. Il corso della durata di 12 ore si tenne a marzo 2017. Il corso fu completamente attivo e diede la possibilità a 12 professionisti della salute di osservare un modello di conduzione di seduta di PBL, in cui il tutor conduceva il gruppo seguendo 10 salti (vedi Tabella n. 3) e poi di esercitarsi a rotazione per almeno una trentina di minuti, ricevendo un feedback costruttivo dai partecipanti al gruppo.

Tabella n. 3. I 10 salti del Problem Based Learning

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Chiarire i termini poco chiari2. Identificare il problema e le sue componenti (<i>Fare un brainstorming e organizzare le domande in aree omogenee</i>)3. Formulare le ipotesi esplicative o risolutive4. Schematizzare le ipotesi e metterle in ordine di priorità5. Definire gli argomenti di studio e le fonti6. Studio indipendente7. Sintetizzare e integrare le nuove conoscenze acquisite8. Formulare eventuali domande di ricerca9. Autovalutazione |
|---|

10. Valutazione di gruppo (del processo)

Il corso di formazione si avvale di una situazione problematica che presentava un caso paradigmatico, in tre puntate, simile a quelli che poi sarebbero stati proposti a quattro gruppi per la formazione continua.

Il gruppo stesso era formato da più professionisti (medici fisiatri, fisioterapisti, infermieri e logopediste) al fine di ricreare una situazione simulata simile a quella che poi i conduttori avrebbero trovato nella realtà.

Durante la formazione venne data molta attenzione al primo salto del PBL: chiarire i termini poco chiari. In questa situazione era importante che i facilitatori comprendessero l'importanza di dedicare molto tempo all'individuazione dei termini non immediatamente chiari, dato che una criticità evidenziata nella ricerca era proprio la incomprensione dei termini tecnici specifici usati dalle altre professioni sanitarie.



4.2. Corso di formazione aziendale

Il corso, accreditato ECM per tutti i 40 professionisti (medici, fisioterapisti, logopedisti e infermieri) dell'Unità Operativa di Recupero e Riabilitazione Funzionale, si svolge da aprile a dicembre 2017. La formazione fu anche proposta agli operatori socio sanitari che, pur non avendo l'obbligo dei crediti formativi, aderirono con interesse.

Furono costituiti quattro gruppi di circa 12 partecipanti garantendo la massima eterogeneità: in ogni gruppo vi erano medici, fisioterapisti, infermieri, logopedisti e operatori socio-sanitari.

Il percorso formativo si articolò in cinque incontri di cui il primo era dedicato alla presentazione del corso, alla condivisione degli obiettivi formativi e dei metodi di lavoro e alla somministrazione di un questionario sulle parole specifiche di ogni professione, tre erano dedicati alla formazione con il metodo PBL, e uno conclusivo per compilare nuovamente il questionario con le 16 parole e un questionario di valutazione di gradimento dell'esperienza.

Gli incontri si tennero con una cadenza regolare, ogni 8/10 giorni in accordo con la turnistica e le necessità di servizio.

Il problema per il PBL, elaborato dal gruppo dei facilitatori, era suddiviso in due parti (vedi tabelle n. 4 e 5). La prima parte aveva come obiettivi di apprendimento attesi: definire le conseguenze di una lesione, le prospettive di recupero-apprendimento, i carichi di lavoro e i bisogni assistenziali, i principali problemi attesi e da affrontare.

Tabella n. 4. PBL La signora Maria a Santorso - Parte I

È martedì mattina, arriva in degenza Maria, 65 anni, trasferita dalla Stroke Unit. La accoglie Alberto, infermiere responsabile dell'accoglimento.

«Buongiorno, Maria» dice Alberto; Maria lo guarda interrogativa e non risponde.

Alberto consulta la lettera di dimissione della Stroke da cui emerge diagnosi di emiplegia destra, afasia e disfagia in paziente

con postumi di ischemia cerebrale in sede parietale sinistra, in ipertensione arteriosa. Dalla scheda infermieristica di trasferimento si rileva che Maria prima dell'evento ischemico era autonoma, vive con il marito disabile, ha tre figli di cui uno vive vicino a loro, assume dieta semisolida con liquidi addensati.

Legge poi la consulenza fisiatrica da cui apprende che la paziente è vigile, emiplegica destra con completo deficit di reclutamento, con afasia globale, non esegue alcuna richiesta verbale e le prove su imitazione con l'arto sinistro sono alterate da aprassia.

Gli argomenti di studio sono stati coincidenti con le attese: ischemia, cause e conseguenze; afasia globale, disfagia, dieta semisolida; deficit di reclutamento: che cos'è, come si osserva, conseguenze; aprassia: che cos'è, come si osserva, conseguenze.

Nel secondo incontro, dopo la sintesi e l'integrazione delle informazioni, la valutazione del lavoro di gruppo e individuale, si è aperta la seconda parte del problema, che aveva come obiettivi di apprendimento: lo specifico motorio, lo specifico cognitivo, la loro interazione e l'interpretazione della patologia; le scelte terapeutiche; il significato e gli strumenti dell'esercizio.

Tabella n. 5. PBL La signora Maria a Santorso - Parte II

È giovedì mattina, durante il giro medico la fisioterapista di Maria riferisce che la paziente adesso riesce a sostenere le due ore di trattamento e riesce a stare attenta in tutti gli esercizi proposti.

È stato possibile cominciare con gli esercizi ad occhi chiusi, è molto più facile spiegarle cosa fare/sentire e la paziente riesce a rispondere sia indicando con la mano sinistra che con sì/no del capo.

In effetti la logopedista riferisce che il lavoro procede bene, Maria comprende meglio e inizia a rispondere sempre in modo coerente con il capo. La produzione del linguaggio è ancora un problema e anzi bisogna cominciare a inibire le iniziative della paziente.

Rimane la difficoltà della paziente ad eseguire con l'arto superiore sinistro gesti su richiesta verbale, mentre inizia a migliorare l'imitazione di gesti, sia con che senza significato comunicativo.

Gli argomenti di studio sono stati: tempi del recupero, priorità riabilitative, come l'assistenza si può organizzare per assecondare l'intervento riabilitativo, perché delle scelte (specifico motorio e cognitivo).

4.3. Le risposte al questionario

L'analisi pre-post del questionario sulle 16 parole fu svolta analizzando tutte le definizioni scritte dai partecipanti. Ogni definizione fornita dai partecipanti è stata confrontata con le definizioni riportate in tabella n. 6, attribuendo una valutazione da 1 a 10 in relazione a una griglia di riferimento che stabilisce la valutazione tra 1 e 3 per risposte completamente divergenti, tra 4 a 6 per risposte con un accordo parziale con la definizione di riferimento, da 7 a 10 per le risposte in accordo con le definizioni, tenuto conto dell'eventuale grado di imprecisione.

I risultati sintetizzati in tabella n. 7 mostrano che il livello di conoscenza dei termini specifici di altre professioni era migliorato per tutti i professionisti, anche se in misura maggiore per gli operatori socio-sanitari che, possedendo un livello minore di conoscenze, hanno potuto ampliare maggiormente la dimestichezza con la terminologia specifica delle altre professioni.

Tabella n. 6. Definizione delle parole

- 1. Eminattenzione:** disturbo dell'attenzione nei confronti del corpo e dello spazio, spesso disturbo anche della consapevolezza e rappresentazione del corpo e dello spazio. Spesso con lesione parietale destra.
- 2. Aprassia:** alterazione del movimento appreso, non dipendente da deficit motori, sensitivi e/o da difficoltà

comunicative. Ne esistono diverse forme in genere legate alle lesioni dell'emisfero sinistro.

3. Neglect: spesso sinonimo di eminattenzione. Negazione o assenza di una parte del corpo o dello spazio. Esclusione nella percezione di una parte del mondo.

4. Linea mediana: riferimento corporeo che corrisponde ad una linea immaginaria che divide in modo simmetrico la parte destra e la parte sinistra del corpo.

5. Corpo in interazione: rapporto del corpo con lo spazio e/o gli oggetti del mondo esterno mediato dal movimento e dalla percezione.

6. Irradiazione: diffusione dell'attivazione muscolare a gruppi muscolari non inclusi normalmente nell'atto motorio.

7. Reclutamento: contrazione delle unità motorie che vengono messe in gioco nell'azione; può essere sia di tipo quantitativo che di tipo qualitativo.

8. Somestesi: si dice di informazioni riferite al corpo/al soma.

9. Afonia: mancanza di sonorità verbale (o sua considerevole alterazione) legata a problematiche laringee (es. paralisi-paresi).

10. Iniziativa comunicativa: capacità di mettere spontaneamente in atto comportamenti di comunicazione con un interlocutore attraverso il canale verbale o non verbale.

11. Semisolido: consistenza di alimento tale per cui se prelevato con il cucchiaio mantiene traccia della quantità prelevata nel contenitore, e se fatto cadere, cade in blocco (es. budino).

12. Attenzione: capacità cognitiva di selezionare un elemento informativo (a. selettiva), su cui focalizzare l'attenzione per un determinato tempo (a. sostenuta) e/o su più elementi (a. divisa).

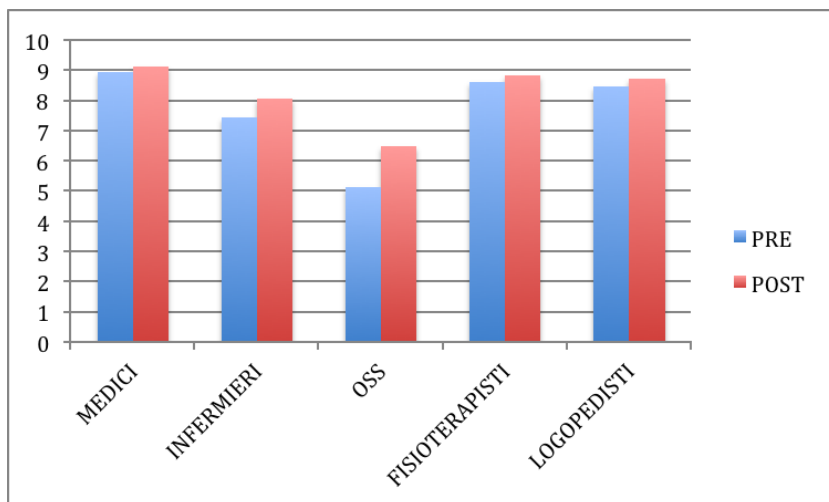
13. ADL: attività della vita quotidiana.

14. Rassetarsi con predisposizione: capacità di attuare la cura della persona (lavarsi il viso, pettinarsi, lavarsi i denti) in ambiente facilitato e con strumenti già preparati.

15. Presa in carico del paziente: assunzione di responsabilità riguardo al percorso assistenziale di un singolo paziente dal momento del ricovero fino alla dimissione, inclusa l'educazione di paziente e caregiver.

16. Carico assistenziale: impegno assistenziale di ciascun paziente, che dipende dal livello di autonomia e dalla stabilità clinica.

Tabella n. 7. “Le parole”: Pre-post



4.4. I focus group

Il metodo scelto per indagare il punto di vista dei professionisti della salute è stato il *focus group*, tecnica di rilevazione qualitativa dei dati, utilizzata nella ricerca sociale, che si basa sulle informazioni che emergono da una discussione di gruppo su un tema o un argomento che il ricercatore desidera indagare in profondità.

I quattro *focus group* si sono tenuti a settembre 2018 presso l'ospedale Alto Vicentino.

I partecipanti furono 27 suddivisi in quattro gruppi di sei-sette persone. I partecipanti furono 2 maschi e 25 femmine. Le professioni furono così rappresentate: 1 medico, 10 fisioterapisti, 6 logopediste, 6 infermieri, 4 operatori socio-sanitari.

Il *focus group* fu condotto ponendo le sette domande previste (vedi tabella n. 2).

Il *focus group* è stato registrato e trascritto *verbatim* su supporto informatico. Il testo è stato poi analizzato attraverso ripetute letture volte a cogliere le percezioni dei partecipanti attraverso le loro stesse parole ed espressioni linguistiche. Questi elementi, inizialmente scomposti, sono stati successivamente raggruppati in categorie, che a loro volta sono state riunite in aree tematiche.

I partecipanti hanno fornito il loro consenso al trattamento dei dati.

Ogni *focus group* ha avuto la durata di circa 60 minuti. Le aree tematiche emerse sono gradimento del corso, conoscenza dei termini professionali, conoscenza delle altre professioni, cambio di comportamenti professionali, centralità del paziente. Questi temi vengono qui di seguito commentati; vengono riportati estratti significativi del materiale testuale raccolto.

1) *Gradimento del corso*

I partecipanti affermano tutti con convinzione di aver molto apprezzato il corso organizzato con approccio interprofessionale e con il metodo del Problem Based Learning. In particolare sottolineano l'importanza di aver creato gruppi di apprendimento composti da tutto il personale di reparto, la partenza da un problema simile a quelli che vengono affrontati nella realtà professionale quotidiana, la conduzione dei gruppi con stile non giudicante che permetteva a tutti di esprimersi liberamente e annullando la gerarchia tra professioni e ruoli, lo studio indipendente che ha spinto le persone ad andare a riprendere libri e dispense universitarie chiuse in soffitta, l'integrazione delle conoscenze tra colleghi, il parallelismo tra metodo del problem-based learning e il metodo della riabilitazione neuro-cognitiva che offre al paziente un problema da risolvere. Il format del corso è talmente piaciuto che i partecipanti propongono di adottare questa modalità anche per la discussione dei casi reali in reparto durante le riunioni di equipe. Sono emerse alcune difficoltà legate ai tempi ristretti tra un incontro e l'altro (8/10 giorni) che hanno impedito uno studio approfondito di tutti gli argomenti indicati,

considerato che i partecipanti sono operatori che lavorano intensamente durante il giorno e non hanno quindi la possibilità di fermarsi a studiare, e che molti operano anche come turnisti.

2) Conoscenza dei termini professionali

I partecipanti hanno evidenziato l'importanza di soffermarsi sulla chiarificazione dei termini poco chiari, come previsto dal metodo del Problem Based Learning, per poter esprimere con sincerità la propria ignoranza rispetto a termini usati abitualmente dai colleghi. Emerge che i professionisti utilizzano termini specifici dando per scontato che gli altri li conoscano.

«È stato bello partire dalla base e capire che si è un po' "ignoranti" su termini che a volte usano le altre figure professionali» (E., infermiera); «Consapevolezza che i termini non sono noti a tutti mette tutti sullo stesso piano»; «Importante lavoro di vocabolario, condivisione di termini, di significati» (G., medico); «Se non si capiscono dei termini, non si può affrontare il problema!» (B., infermiera); «Io l'ho considerata una premessa indispensabile per la vera cooperazione... perché c'è proprio questa condivisione dei termini ... perché a volte magari diamo per scontato ...» (A., fisioterapista).

Noi conosciamo la malattia però non sempre ci soffermiamo bene ... esempio, paziente con emisindrome sinistra... io non sto lì a pensare a cosa vuol dire avere un emisindrome sinistra, che è importante guardare la TAC, che è importante sapere questo e quello ... e l'approfondire questo discorso ti fa capire di più il perché di alcune azioni, di alcuni gesti, di fare la fisioterapia in un determinato modo invece che in un altro ... (B., infermiera).

Mi è successo che... do a loro delle indicazioni... come usare il girello o altri ausili... e un OSS settimana scorsa mi ha detto «... e si perché è cerebellare, il paziente usa il girello perché ha questa patologia». E io mi sono stupita positivamente... ho detto «Mi ha capito!», è stato immediato! Perché non sempre vai a spiegare perché deve usare un ausilio rispetto ad un altro... non sai mai se... e invece no! "È cerebellare!"... e quindi ha collegato la scelta alla patologia! Già un risultato molto, molto positivo (M., fisioterapista).

3) Conoscenza delle altre professioni

Nei focus è emerso che i partecipanti hanno avuto l'occasione di conoscere maggiormente gli apparati teorici, gli ambiti di competenza e i punti di vista dei colleghi delle altre professioni. È emerso che spesso i professionisti lavorano insieme senza conoscere e comprendere profondamente i paradigmi epistemologici e interpretativi degli altri colleghi, con la conseguenza che spesso non comprendono alcune affermazioni, risposte positive o negative, autorizzazioni ad agire in un determinato modo con il paziente.

Questo provoca a volte anche incomprensioni o insoddisfazioni. Le possibilità di analizzare insieme un caso, di formulare a voce alta le domande, i punti di attenzione, le differenti ipotesi esplicative, diagnostiche, assistenziali, riabilitative hanno permesso di comprendere meglio i vari punti di vista e i processi di ragionamento.

Lo studio indipendente ha fornito l'occasione di scoprire le riviste di settore e gli ambiti disciplinari di riferimento di ogni professione favorendo così un'ampia e condivisa base di conoscenza complessa e articolata.

Al termine di questi incontri le professioni avevano la percezione di conoscersi maggiormente.

Io ho imparato un po' di più a capire cosa fanno i fisioterapisti e i logopedisti e viceversa, secondo me! (G, infermiera).

Le altre professioni, intanto, al di là del... cioè noi in generale sappiamo un po' qual è il ruolo dell'infermiere, del logopedista, del fisioterapista, dell'operatrice, però qui, con questo corso, è come se avessimo approfondito un po' di più questi aspetti e personalmente capire anche un po' come potessero essere le relazioni tra il mio ruolo e il ruolo dell'infermiere, dell'operatrice... quindi anche l'interscambio di ruoli che c'è e quindi ho capito un po' di più anche quello che fanno loro in reparto perché tante volte sembra un po'... cioè non siamo separati... però a volte noi chiaramente facciamo il nostro lavoro, nel reparto di sopra fanno il loro, però abbiamo cercato di capire che poi

nella realtà vanno ad unirsi e a legarsi in qualche modo. Quindi mi è piaciuto perché ho scoperto un po' di più delle cose e delle altre figure (P., fisioterapista).

Ho imparato il ruolo delle operatrici... perché su certi argomenti... soprattutto più sulla parte dell'igiene, dell'alimentazione... che sono cose che riguardano molto le operatrici [...] e le loro osservazioni sul campo.... Sono stata anche invidiosa ...di non essere nei suoi panni tante volte... per avere quei momenti con il paziente, perché io vedo il paziente in un contesto di palestra... per cui i loro racconti del paziente per me erano preziosi! (R., fisioterapista).

Sicuramente i tempi delle fisioterapiste e delle logopediste! La metodica, il perché si fa fare al paziente un movimento piuttosto che un altro o... esempio, di fare parlare o non far parlare un paziente parlando di logopedia... sì! Di capire come loro lavorano e il perché di cose piuttosto che altre... che noi ci chiedevamo “ma insomma, queste cose si potrebbero anche...” e invece no! A questo è servito molto, sicuramente sì! Contrario, per loro, noi abbiamo capito che loro adesso hanno capito cosa facciamo noi, ecco! Soprattutto anche a questo è servito! Noi abbiamo capito più di loro e loro di noi! (C., OSS).

Io ho imparato molto ... soprattutto delle logopediste (E., infermiera).

4) *Cambio di comportamenti professionali*

Tutto il progetto era mirato soprattutto a portare dei cambiamenti nel comportamento professionale e quindi due domande nei *focus group* erano mirate proprio a sondare se i professionisti avevano la percezione di eventuali cambiamenti personali e nell'organizzazione.

Un primo cambiamento percepito è un miglioramento nel clima relazionale, testimoniato dalla constatazione che le persone nei reparti si salutano chiamandosi per nome, chiedono di più, fanno più domande gli uni agli altri.

...sensazione che si sia superata un po' la diffidenza che porta poi ad un arroccamento, così un po' da chiusura, tra i vari gruppi

professionali... questa breccia è stata secondo me aperta in maniera definitiva dentro la nostra U.O. tra i vari gruppi professionali (G., medico).

molto più interattiva la vita... anche le richieste all'operatore o all'infermiere... ma anche la condivisione... "cosa ne pensi tu...?"... anche su qualcosa che magari è strettamente relativo al linguaggio... "sai ho visto che fa così... ma è normale?"... proprio le domande che poi ti fai... che ti permettono di arrivare a condividere e a discutere, anche se sono 5 minuti (M., logopedista).

Per esempio prima scrivevo "si tengono esercizi per arti superiori per le relazioni spaziali"... invece adesso, dopo che ho fatto questa esperienza, mi rendo conto che tante volte era quasi, non dico autoreferenziale però... scrivevi quello che avevi fatto, invece adesso c'è anche l'occhio della comunicazione con le altre figure (P., fisioterapista).

... il risultato forse è stato che adesso c'è più cooperazione tra le varie figure! Cioè è molto più facile parlarsi... più facile chiedere, da parte mia, alle altre figure le cose... forse perché adesso c'è una base un po' più comune su alcune tematiche... ma soprattutto il lavoro di gruppo ha collegato le persone, di più che il lavorare insieme! Cioè il lavoro di gruppo, la ricerca, mettersi lì discutere e prepararsi... il risultato è che anche la cooperazione è migliore, adesso! Più facile... (M., Fisioterapista).

Un secondo cambiamento percepito è l'aumentata chiarezza comunicativa, che si attua anche con la modifica della scrittura nel diario clinico: i professionisti realizzano che una volta scrivevano nel diario clinico quello che avevano fatto al paziente in modo un poco autoreferenziale, dando per scontato che gli altri capissero le implicazioni delle loro annotazioni. Ora, invece, i professionisti scrivono in modo più chiaro le azioni svolte, e aggiungono le indicazioni precise agli operatori sulle attività da svolgere. Alcuni si prendono il tempo di fermarsi al bancone per illustrare con chiarezza ai colleghi il passaggio di consegne.

Io cerco di fermarmi, magari, quel minuto in più che mi serve in reparto, per dare, anche in modo molto veloce, delle informazioni per la gestione del paziente in reparto. Quindi se prima davvo per scontato o riportavo alcune cose nel diario clinico... adesso lo faccio lo stesso perché dobbiamo scrivere il diario clinico, però mi fermo al bancone... magari sottolineo l'importanza di qualcosa che ho visto nel paziente, perché poi mi sono resa conto che il paziente è per la maggior parte degli OSS, degli infermieri (E., fisioterapista).

...nello scrivere il diario clinico, credo di essere diventata un pochino più brava nel senso che quello che scrivo io del paziente che ha fatto in palestra, penso che si riesca a capire di più quello che va trasmesso... ecco! Mi pare di scrivere meglio insomma! (R., fisioterapista).

...prima veniva scritto quello che era stato fatto durante la seduta però poi noi non sempre avevamo un riscontro... "ok noi adesso cosa possiamo fare?" ... mentre adesso c'è proprio scritto "indicazioni" e c'è una parte dove c'è scritto... non so: il paziente può camminare con il girello, accompagnato... oppure può alimentarsi con una dieta semisolida... e noi quindi abbiamo un'indicazione chiara di quello che possiamo effettivamente fare! (G., infermiere).

Un terzo cambiamento si ritrova nella gestione dei pazienti stessi, perché grazie a una maggiore comprensione dei compiti professionali degli altri professionisti si comprendono meglio le ricadute organizzative di alcune scelte riabilitative e assistenziali.

Ci sono stati alcuni momenti che, secondo me, sono stati veramente illuminanti... non so... mi viene in mente un giorno in cui noi discutevamo del fatto che il fine settimana i pazienti uscissero in permesso... e il fisioterapista ha detto "Beh poi cosa cambia se esce o se non esce?" ... cioè ... solo in quel momento ha realizzato che noi eravamo costretti a farli uscire in permesso perché la direzione ci consente di tenere un tot. di pazienti... Quindi anche l'importanza di portare a pazienti e famigliari un minimo di autonomia, per poter andare a casa in permesso, ha cambiato proprio la prospettiva di dire "ma allora su certi obiettivi noi dobbiamo lavorare sicuramente più velocemente!"... cosa che io davvo per scontato che fosse conosciuta e

assodata da tutti... invece in quel momento li.... E penso che anche loro probabilmente abbiano avuto questi momenti di illuminazione su altri aspetti del nostro lavoro, insomma! (E., infermiera).

5) Centralità del paziente

Un altro elemento emerso è la centralità del paziente. I partecipanti hanno realizzato che tutta l'equipe lavora per il paziente, il quale è al centro e non è di pertinenza, in particolare, di una figura professionale che lavora come in una torre d'avorio. I partecipanti hanno riscoperto che il paziente è di tutta l'equipe, e la squadra dei professionisti dovrebbe lavorare in modo integrato per affrontare tutte le problematiche complesse del paziente.

secondo me è emerso il lavoro di equipe, proprio! Il paziente non è della fisioterapista o dell'infermiere e basta! È di un gruppo professionale che, appunto, ognuno a modo suo e con le sue competenze cerca di aiutarlo in questo particolare momento di malattia diciamo... e quindi cerca di farlo ritornare sano, ecco! Recuperare il più possibile! (M., logopedista).

qualcuno adesso viene a chiederti cose, quindi cogli che c'è anche un interesse, una ... vedi proprio che c'è il paziente al centro e tutti che in qualche modo si danno da fare per quel paziente, ecco! (M., logopedista).

non è più diviso tra quello che faccio io che sono un OSS, infermiere, fisioterapista o medico ... ma è diventato più una gestione unitaria! (M., fisioterapista).

più figure si sono intersecate e ognuno di noi ha appreso dall'altra figura cose fondamentali per il lavoro ... E l'obiettivo è il paziente (A., OSS).

5. Discussione dei risultati

Quello che emerge dai risultati è che vi è stato un aumento delle conoscenze dei termini, come evidenziato dall'analisi dei dati del questionario – somministrato prima e dopo il corso – delle 16 parole. Tutte le professioni hanno migliorato la conoscenza dei termini specifici professionali, in particolare gli operatori sociosanitari.

Il dato oggettivo viene confermato anche dalla percezione soggettiva dei partecipanti, come descritto durante i *focus group* e riportato nei risultati. I partecipanti avvertono di aver compreso innanzitutto che ogni professionista spesso utilizza termini dando per scontato che gli altri li conoscano, quando invece, a una attenta riflessione si rendono conto che probabilmente non hanno una conoscenza approfondita di questi termini. Questa presa di consapevolezza mette tutti sullo stesso piano di parità e legittima i singoli professionisti a chiedere agli altri spiegazioni e approfondimenti, creando una base comune e una comunità attiva, interattiva e interdipendente.

Dai risultati emerge, inoltre, che i partecipanti percepiscono una maggior conoscenza delle altre professioni, una modifica dei propri comportamenti nelle pratiche organizzative e comunicative, con ripercussioni anche nell'organizzazione e nella gestione dei pazienti, e confermando così l'esito positivo dell'iniziativa.

I risultati di questa ricerca-azione evidenziano che questa formazione ha favorito lo sviluppo delle competenze interprofessionali descritte da Barr nel 1998:

- descrivere con chiarezza il proprio ruolo e le proprie responsabilità agli altri profili;
- riconoscere e rispettare ruoli, responsabilità e competenze delle altre professioni in rapporto alla propria;
- lavorare con le altre professioni in modo da produrre cambiamenti;

- facilitare la discussione dei casi, la conduzione di gruppi di tipo multi-professionale;
- entrare in un rapporto di interdipendenza con le altre professioni.

I risultati dimostrano una coerenza con le due revisioni sistematiche della letteratura dedicata all'educazione interprofessionale condotte dal gruppo della Best Evidence Medical Education nel 2007 e nel 2013 nelle quali si concludeva che le esperienze efficaci di Interprofessional Education avevano una durata superiore ai due giorni, venivano condotte in strutture ospedaliere o territoriali, erano rivolte a professionisti. Le stesse revisioni sistematiche proponevano una classificazione di outcomes interprofessionali classificabili su sei livelli di impatto, modificando la classificazione di Kirkpatrick, da cui si evince che la formazione condotta presso la struttura di Santorso è stata efficace su ben cinque livelli di impatto.

Tabella n. 8. Classificazione dei livelli degli outcomes interprofessionali (BEME Guide n.9, 2007)

Livello 1: reazione
Livello 2A: modificazione delle percezioni e degli atteggiamenti
Livello 2B: acquisizione di conoscenze e abilità
Livello 3: cambiamento del comportamento
Livello 4A: cambiamenti nella pratica organizzativa
Livello 4B: benefici per i pazienti

6. Conclusione

La presa di consapevolezza di problematiche comunicative all'interno dei servizi riabilitativi ha motivato la pianificazione, realizzazione e valutazione di un intervento formativo ispirato all'approccio dell'Interprofessional Education e ha utilizzato il

metodo del Problem Based Learning in ambito di formazione continua in medicina.

I risultati appaiono soddisfacenti e indicano la strada da percorrere per ulteriori attività formative e di ricerca.

Consapevoli che la ricerca presenta alcuni limiti legati al fatto che non sono stati fatti studi randomizzati e controllati tra questo gruppo di studio e altri, che non sono stati utilizzati strumenti di ricerca oggettivi per la misurazione delle modifiche di comportamento dei professionisti e che ci si è limitati alla valutazione della percezione dei partecipanti, si ritiene che le valutazioni da parte dei professionisti siano incoraggianti per promuovere ulteriori iniziative in questo ambito.

Bibliografia

- Barr H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). *A national interprofessional competency*. Vancouver. ISBN 978-1-926819-07-5.
- Gonzo R. (2016) *Il lavoro in équipe interprofessionale come strumento di appropriatezza clinica*. Tesi di laurea magistrale Università di Padova a.a. 2015/2016.
- Hammick M., Freeth D., Koppel L., Reeves S., & Barr H. (2007) A best evidence systematic review of interprofessional education: BENE Guide n.9. *Medical Teacher*, 29, 7.
- Hustoft M., Biringer E., Gjesdal S., Assmus J., & Hetlevik O. (2018) Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: a prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 719.
- Lotti A. (2018). *Problem Based Learning*. Milano: FrancoAngeli.
- Momsen A.M., Rasmussen J.O., Nielsen C.V., Iversen M.D., & Lund H. (2012). Multidisciplinary team care in Rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med*, 44, 901-912.

- Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J., & Zwarenstein M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.*
- Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., & Zwarenstein M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst. Rev.*
- Sinclair L.B., Lingard L.A., & Moharbeen R.N. (2009). What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(7), 1196-1201.
- Smith C.S., Gerrish W.G., & Weppner W.G (2015). *Interprofessional Education in Patient-Centered medical Homes*. Gewerbestrasse, Svizzera: Springer International Publishing Switzerland.
- Tarozzi M. (2008). *Che cos'è la Grounded Theory*. Roma: Carocci Editore.
- Wilhelmsson M., Pelling S., Ludvigsson J., Hammar M., Dahlgren L., & Faresjö T. (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping - ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), 121-133. DOI: 10.1080/13561820902728984.