



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 16/2015



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Dr. Ivo Casagrande
Dr. Gabriele Ferretti
Dr.ssa Lorella Gambarini
Dr. Francesco Musante
Dr. Claudio Pesce
Dr. Fernando Pesce
Dr. Salvatore Petrozzino

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi
Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi
telefono: +39.0131.206818
email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.
telefono: +39.0131.206819
email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer review*). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di

un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: La formazione interprofessionale: sinergie per il controllo degli outcome sulla sicurezza del paziente.

Autore: Lazzarino L.¹

Tipo: Articolo Originale

Keywords: formazione continua; formazione interprofessionale; pratica riflessiva; pensiero critico; comunità di pratica;

¹ ASL AL – Alessandria
E-mail: lazzarino@aslal.it



ABSTRACT

Obiettivi: . Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia dell'apprendimento nei partecipanti alle iniziative di formazione sul campo, rispetto alle capacità di pensiero critico e riflessivo, al fine di verificare se risultino più efficaci i gruppi mono professionali o composti da professionalità diverse per lo sviluppo di progetti volti alla prevenzione di eventi avversi per il paziente.

Metodologia: Revisione della letteratura, analisi quantitativa retrospettiva e analisi qualitativa mediante la conduzione di focus group.

Risultati: E' emersa una correlazione positiva tra le competenze di tipo critico-riflessivo e la formazione interprofessionale e tra quest'ultima ed il controllo degli esiti avversi per il paziente.

Conclusioni: L'indagine quantitativa ha messo in luce alcuni rischi connessi alla formazione interprofessionale, analizzati successivamente con matrice *SWOT*, che inducono a porre particolare attenzione alla progettazione, da effettuarsi anche attraverso metodologie che prevedano lo *stakeholder engagement*. Lo sviluppo della formazione interprofessionale aumenta la collaborazione tra i membri delle équipes e tra i servizi; essa contribuisce ad uniformare i comportamenti e a migliorare la comunicazione con l'utenza; tutto ciò porta a decisioni rapide, appropriate e condivise.



ABSTRACT

Background: Training of health professionals, to affect quality of care, must be closely related to the workplace, as well as show a correlation between it and the maintenance of competence in the profession. The outcomes related to safety are an essential component of quality care. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of learning in the participants in training events, in comparison to the ability of critical thinking and thoughtful, in order to verify if the groups are more effective than single professional or composed of different professionals for the development of projects aimed at the prevention of adverse events for patient.

Methods: Review of the literature, quantitative and qualitative analysis by conducting focus groups.

Results: From the literature review and analysis of the data , there was a positive correlation between critical and reflective skills and inter-professional education and between the latter and the control of adverse outcomes for patient.

Discussion: Development of inter-professional education increases the collaboration between members of the team and between departments . A greater inter-professional collaboration improve the uniformity of behaviour and communication with patients. Increased cooperation and uniformity of behaviour lead to quick, centered and shared decisions. All of this has been shown to influence patient outcomes , in particular with regard to the prevention of adverse events. More research is needed to assess the impact of organizational variables , technological , environmental, cultural influence in a positive relationship between inter-professional education and prevention of adverse events for patient.

1. Obiettivo

Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia dell'apprendimento nei partecipanti alle iniziative di formazione sul campo, rispetto alle capacità di pensiero critico e riflessivo, al fine di verificare se risultino più efficaci i gruppi mono professionali o composti da professionalità diverse per lo sviluppo di progetti volti alla prevenzione di eventi avversi per il paziente.

2. Metodi e strumenti

Per lo studio è stato utilizzato un approccio tridimensionale: la revisione della letteratura, un'analisi quantitativa di tipo retrospettivo e un'analisi quantitativa mediante *focus group*.

Per quanto concerne la tempistica, di seguito si illustra lo sviluppo delle attività secondo il diagramma di Gantt.

Tabella 1 – Diagramma di Gantt

| | Agosto 2013 | Settembre 2013 | Ottobre 2013 | Novembre 2013 | Dicembre 2013 | Gennaio 2014 | Febbraio 2014 |
|---|-------------|----------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Definizione disegno di studio e prima revisione della letteratura | ■ | | | | | | |
| Analisi articoli di riferimento | ■ | ■ | | | | | |
| Formulazione matrice <i>focus group</i> | | | ■ | | | | |
| Richieste autorizzazioni e programmazione <i>focus group</i> | | | ■ | ■ | | | |
| Ricerca PICO e analisi letteratura | | | ■ | ■ | | | |
| Primo focus per verifica domande | | | | | ■ | | |
| Conduzione <i>focus group</i> | | | | | | ■ | ■ |
| Elaborazione dati | | | | | | | ■ |
| Analisi dati indagine qualitativa | | | | | | | ■ |
| Studio retrospettivo dati quantitativi triennio 2011-2013 | | | | | | | ■ |
| Analisi dati indagine quantitativa | | | | | | | ■ |

3. Revisione della letteratura

Per condurre lo studio, sono stati tradotti articoli riguardanti il pensiero critico (*Critical thinking*) successivamente ho ricercato il legame tra pensiero critico e formazione continua,

addivenendo alla conclusione che nella formazione degli adulti sia necessario parlare anche di "pratica riflessiva", secondo la teoria di Schön, e, nel caso specifico delle competenze avanzate, di apprendimento trasformativo, secondo la teoria di Mezirow.

Successivamente è stata effettuata un'ulteriore ricerca, riguardante la seconda parte del quesito, ovvero le evidenze circa l'utilizzo della formazione interprofessionale nella prevenzione degli eventi avversi per il paziente.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche e per un ottimale reperimento delle citazioni pertinenti l'argomento considerato nello studio, è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (*patient, intervention, comparison, outcome*).²

Tabella 2 – Formulazione del quesito di ricerca

| Quesito clinico di ricerca individuato tramite la metodologia PICO | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| P | <i>Patient</i> (paziente) | Professionisti |
| I | <i>Intervention</i> (intervento) | Formazione interprofessionale |
| C | <i>Comparison</i> (controllo) | Formazione monoprofessionale |
| O | <i>Outcomes</i> (risultati) | Sicurezza del paziente |
| Quesito di ricerca | | |
| La formazione interprofessionale contribuisce all'erogazione di cure infermieristiche che prevengano gli eventi avversi per il paziente? | | |

La ricerca degli articoli è stata condotta utilizzando il portale "BVS Piemonte" la Biblioteca Virtuale per la Salute grazie alla quale è possibile accedere ai principali siti di ricerca bibliografica (*Pubmed, Cochrane, Embase, Cinahl*) e richiedere i *full text* alle Aziende Sanitarie Regionali che lo dispongono. Fatta la richiesta dal sito, in poche ore si possono ricevere gratuitamente gli articoli e prenderne visione.

Il servizio rappresenta senza dubbio un'eccellenza della nostra regione: è stata fatta la scelta di dotare alcune aziende di abbonamenti e accessi alle banche dati, in modo tale che, nell'ottica della rete e del contenimento dei costi, sia data la possibilità a tutti i dipendenti del territorio di avere il materiale, senza dover attivare la funzione in ogni ASL.

²RICHARDSON, W. Scott, et al. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*, 1995, 123.3: A12-3.



Per la revisione sono stati inclusi:

- gli studi pubblicati negli ultimi dieci anni;
- gli studi con l'*abstract* disponibile;
- gli studi in lingua inglese;
- gli studi rivolti a una popolazione adulta di utenti;
- gli studi appartenenti a riviste infermieristiche;
- le revisioni della letteratura.

La ricerca bibliografica è stata eseguita il giorno 26 ottobre 2013; le fonti biomediche di interesse per lo studio e le relative strategie di ricerca sono illustrate in Tabella 2.

I criteri di inclusione della seconda ricerca erano i seguenti:

Anno di pubblicazione: dal 2008.

Disponibilità di full text.

Tematica trasversale: sono state escluse le pubblicazioni che facessero riferimento ad un particolare tipo di patologia.

Parole chiave: *interprofessional education (IPE), continuing education, nurse patient safety.*

4. Analisi retrospettiva dati quantitativi

Nell'intento di coniugare aspetti qualitativi e quantitativi e fornire ulteriori elementi per la descrizione dello scenario di studio, è stata effettuata anche un'analisi retrospettiva dei dati emersi dal questionario di valutazione della ricaduta per il triennio 2011-2013 che l'ufficio formazione dell'ASL AL ha distribuito ai partecipanti ai corsi interni a distanza di 60 giorni dal termine dell'iniziativa formativa.

Poiché alcune aree di indagine del questionario sono congruenti alle domande dei focus, è stata effettuata una comparazione tra le risposte fornite tramite questionario e le testimonianze raccolte durante le interviste di gruppo.

5. Analisi qualitativa con focus group

Successivamente alla progettazione dei *focus group*, è stato dato l'avvio alla rilevazione. Il primo gruppo era rappresentato dai progettisti di formazione dell'ASL, che hanno aderito in parte, in modo spontaneo, per testare la validità delle domande.

La ricerca è proseguita con un campione costituito da gruppi di infermieri e gruppi composti da professionisti diversi, dipendenti di due ASL piemontesi, l'ASL di Alessandria e l'ASL di Asti, simili dal punto di vista organizzativo e territoriale.



Tabella 3 – Matrice delle domande e letteratura di riferimento

| MATRICE DELLE DOMANDE | LETTERATURA DI RIFERIMENTO |
|--|--|
| Introduzione al <i>Focus group</i> : "Facendo una rapida ricognizione mentale rintracciate ed individuate un'esperienza formativa che nella vostra memoria si conserva come particolarmente significativa e utile per la vostra formazione e per il vostro lavoro." Quali sono gli aspetti che l'hanno resa tale? I contenuti? La metodologia didattica? I partecipanti? Il contesto formativo? Altro? | |
| 1. In generale nella vostra esperienza di formazione quale modello formativo è più funzionale allo sviluppo delle capacità di analizzare un problema? Perché? | Cirocco, Maria. "How reflective practice improves nurses' critical thinking ability." <i>Gastroenterology Nursing</i> 30.6 (2007): 405-413. |
| 2. Sempre in base alla vostra esperienza cosa è più efficace dal punto di vista dell'apprendimento: un gruppo monoprofessionale o multiprofessionale? Perché? | Reeves, Scott, et al. "Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)." <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 3 (2013). Barr, H. "Interprofessional education." <i>Educational strategies</i> (2002): 187. |
| 3. Quali sono dal vostro punto di vista I principali fattori che ostacolano o che facilitano la ricaduta (<i>outcome</i>) dell'esperienza formativa nel contesto organizzativo e professionale? | Meyer, Edgar, et al. "Opportunities and barriers to successful learning transfer: impact of critical care skills training." <i>Journal of Advanced Nursing</i> 60.3 (2007): 308-316. |
| 4. In che modo, dal vostro punto di vista, si potrebbe misurare la ricaduta (<i>outcome</i>) della formazione nel contesto organizzativo e professionale? | Griscti, O. and Jacono, J. (2006), "Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review." <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 55: 449-456. |
| 5. L'obbligatorietà della formazione continua prevista dal sistema ECM costituisce un fattore di ostacolo o di facilitazione dell'apprendimento? Perché? | |

L'analisi dei dati è stata effettuata seguendo il seguente percorso³: trascrizione dell'audio registrazione, codificazione degli argomenti salienti, categorizzazione dei codici, definizione della consistenza interna e infine analisi tematica per eventuali ulteriori sviluppi.

³ Report annuale delle attività del centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica in *Infermiere oggi*. Collegio IPASVI Roma 2011, 11



Per l'analisi qualitativa sono stati effettuati sei *focus group*: tre con professionisti diversi e tre con gli infermieri, per un totale di 30 persone.

Il numero dei partecipanti ai focus è variato da quattro a sette unità.

I criteri di inclusione sono stati:

- anzianità di servizio di almeno cinque anni;
- professione (solo infermieri nei gruppi monoprofessionali, di professioni diverse, ma almeno un infermiere, nei gruppi multi professionali);
- aver partecipato a corsi di formazione quali gruppi di miglioramento, discussione di casi, comunità di pratica.

Successivamente, sono stati concordati gli incontri con i vari referenti, nelle sedi di appartenenza dei professionisti, presso le quali mi sono recata personalmente, fuori orario di servizio.

Gi intervistati sono intervenuti in maniera spontanea, accolti in un ambiente tranquillo e sono stati offerti dolci e bevande.

All'inizio degli incontri sono stati illustrati gli scopi della ricerca e presentato il modulo di richiesta autorizzazione.

Mediante una scheda di raccolta dati, sulla quale l'intervistato poteva indicare un nome di fantasia, a garanzia dell'anonimato, è stato possibile raccogliere le caratteristiche dei gruppi.

Si tratta di dipendenti dell'ASL AL e dell'ASL AT, con un'età compresa tra i 36 e i 64 anni, un'anzianità di servizio tra i 9 e i 34 anni.

Il campione era rappresentato da 18 femmine e 12 maschi.

I dialoghi sono stati videoregistrati; mediante l'utilizzo della griglia di Bales e la presenza di un co-conduttore sono stati rilevati i comportamenti degli intervistati in relazione alle domande poste.



Le caratteristiche del campione sono rappresentate nella tabella che segue.

Tabella 4 – Dati partecipanti focus group

| FOCUS 1 | | | | | | | |
|----------------|---|----|------------|---------|----|----|--|
| 1 | M | 55 | MEDICO | LAUREA | 24 | 24 | |
| 2 | M | 53 | FORMATORE | LAUREA | 25 | 11 | |
| 3 | F | 57 | INFERMIERE | LAUREA | 37 | 8 | |
| 4 | M | 51 | ANALISTA | LAUREA | 23 | 12 | |
| 5 | M | 60 | PSICOLOGO | LAUREA | 27 | 27 | |
| 6 | M | 56 | TSLB | LAUREA | 34 | 34 | |
| FOCUS 2 | | | | | | | |
| 1 | F | 60 | INFERMIERE | DIPLOMA | 39 | 25 | |
| 2 | M | 41 | INFERMIERE | DIPLOMA | 22 | 10 | |
| 3 | F | 57 | INFERMIERE | DIPLOMA | 35 | 3 | |
| 4 | F | 52 | INFERMIERE | DIPLOMA | 32 | 8 | |
| FOCUS 3 | | | | | | | |
| 1 | M | 48 | MEDICO | LAUREA | 20 | 3 | |
| 2 | M | 47 | MEDICO | LAUREA | 15 | 15 | |
| 3 | M | 64 | MEDICO | LAUREA | 34 | 34 | |
| 4 | M | 58 | MEDICO | LAUREA | 24 | 15 | |
| 5 | F | 36 | TSLB | DIPLOMA | 9 | 6 | |
| 6 | F | 53 | INFERMIERE | DIPLOMA | 33 | 10 | |
| 7 | F | 55 | INFERMIERE | DIPLOMA | 33 | 11 | |
| FOCUS 4 | | | | | | | |
| 1 | F | 60 | INFERMIERE | DIPLOMA | 37 | 27 | |
| 2 | F | 49 | INFERMIERE | DIPLOMA | 27 | 1 | |
| 3 | F | 52 | INFERMIERE | DIPLOMA | 33 | 2 | |
| 4 | M | 47 | INFERMIERE | DIPLOMA | 20 | 1 | |
| FOCUS 5 | | | | | | | |
| 1 | F | 52 | INFERMIERE | DIPLOMA | 23 | 8 | |
| 2 | F | 44 | INFERMIERE | DIPLOMA | 22 | 8 | |
| 3 | F | 42 | INFERMIERE | DIPLOMA | 20 | 12 | |
| 4 | M | 45 | INFERMIERE | DIPLOMA | 13 | 8 | |
| FOCUS 6 | | | | | | | |
| 1 | F | 53 | MEDICO | LAUREA | 25 | 24 | |
| 2 | F | 54 | MEDICO | LAUREA | 24 | 10 | |
| 3 | F | 55 | INFERMIERE | DIPLOMA | 38 | 5 | |
| 4 | F | 42 | INFERMIERE | LAUREA | 10 | 10 | |
| 5 | F | 50 | INFERMIERE | DIPLOMA | 29 | 11 | |

6. Risultati revisione letteratura

Per l'analisi delle evidenze, sono stati consultati due data base: PubMed e Embase.

I termini (Medical Subject Headings – MeSH) e gli operatori booleani utilizzati:

interprofessional education AND patient safety NOT student

La stringa di ricerca ha permesso di individuare le seguenti pubblicazioni:

Tabella 5 – Articoli originali e clinici: metodi utilizzati e risultati osservati

| TITOLO E RIVISTA | CARATTERISTICHE CAMPIONE E INTERVENTI | RISULTATI |
|--|--|---|
| Hanyok, Laura A., et al. "Effects of a graduate-level interprofessional education program on adult nurse practitioner student and internal medicine resident physician attitudes towards interprofessional care." <i>Journal of interprofessional care</i> 27.6 (2013): 526-528. | IAPS (Interprofessional Attitudes and Practice Survey) | Miglioramento nelle attitudini rispetto ai domini osservati dalla scala |
| Slater, Beverley L., et al. "Training and action for patient safety: embedding interprofessional education for patient safety within an improvement methodology." <i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i> 32.2 (2012): 80-89. | Valutazione secondo il modello di Kirkpatrick I e II livello valutati con questionario, III e IV livello con l'osservazione delle performance e degli outcome sui pazienti | 8 degli 11 team considerati hanno dimostrato un miglioramento dell'attenzione alla sicurezza sul paziente o hanno ottenuto risultati in tal senso |
| Paull, D. E., et al. "The effect of simulation-based crew resource management training on measurable teamwork and communication among interprofessional teams caring for postoperative patients." <i>Journal of continuing education in nursing</i> 44.11 (2013): 516. | Self-Efficacy of Teamwork Competencies Scale | Miglioramento del lavoro di squadra e della comunicazione |
| Kenaszchuk, Chris, et al. "Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration." <i>BMC medicine</i> 9.1 (2011): 29. | Interprofessional Collaboration Scale (IPC) Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCTS) | Lo studio mette in evidenza la necessità di organizzare iniziative di formazione continua interprofessionale, in quanto esse migliorano la collaborazione interprofessionale. |

Tabella 6 – Revisioni sistematiche: studi recensiti e risultati rilevati

| TITOLO E RIVISTA | METODI DI RICERCA E STUDI RECENSITI | RISULTATI |
|--|--|---|
| Reeves, Scott, et al. "Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)." <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 3 (2013). | Aggiornamento della revisione: inclusione di nove nuovi studi dalla precedente pubblicazione (2008) | Gli studi hanno evidenziato un miglioramento nella seguenti aree: gestione del pz diabetico, gestione delle emergenze, collaborazione interprofessionale, riduzione degli errori. |
| Lewis, Strachan and McKenzie Smith "Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-technical Skills in Nursing? A Review of the Current Evidence" <i>The Open Nursing Journal</i> (2012) | Revisione della letteratura pubblicata dal 2000 al 2011. Gli studi inclusi sono 16. Scopo della revisione: individuare le evidenze circa la relazione tra la simulazione e lo sviluppo delle NTS. | Le prove dimostrano che una percentuale significativa di eventi avversi in sanità è dovuta a problemi legati alle <i>non-technical skills</i> e ciò risulta essere influenzato dall'utilizzo della simulazione. |
| Arthur et al. "An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes" (2012) | Sono descritti 146 strumenti di valutazione, suddivisi in sei aree: attitudini, conoscenze e abilità, comportamenti, livello organizzativo, soddisfazione del paziente e del professionista | 41 strumenti indagavano la ricaduta della formazione continua, i restanti erano rivolti agli studenti. |

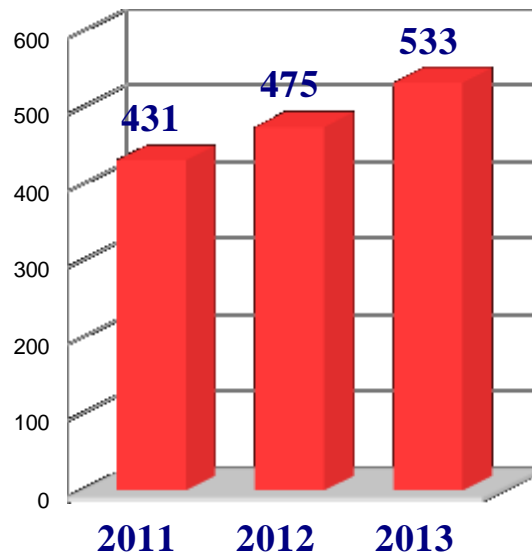
7. Risultati analisi dati quantitativi

Al fine di effettuare una comparazione tra dati qualitativi e dati quantitativi, ho selezionato una parte dei questionari di valutazione della ricaduta formativa che i partecipanti ai corsi interni dell'ASLAL compilano circa 60 giorni dopo il termine del corso.

In specifico ho analizzato i dati relativi ai corsi con caratteristiche analoghe a quelli frequentati dal campione dell'analisi quantitativa; lo scopo era quello di verificare se, nell'arco dell'ultimo triennio, in relazione al processo di miglioramento continuo che ha interessato il settore formazione dell'ASLAL, che ha portato, tra l'altro, alla creazione di una comunità di pratica, costituita dai progettisti di formazione e incentivato l'implementazione di iniziative volte alla discussione di casi clinici e i gruppi interdisciplinari di cure, vi fosse un incremento della ricaduta formativa nell'agire quotidiano.

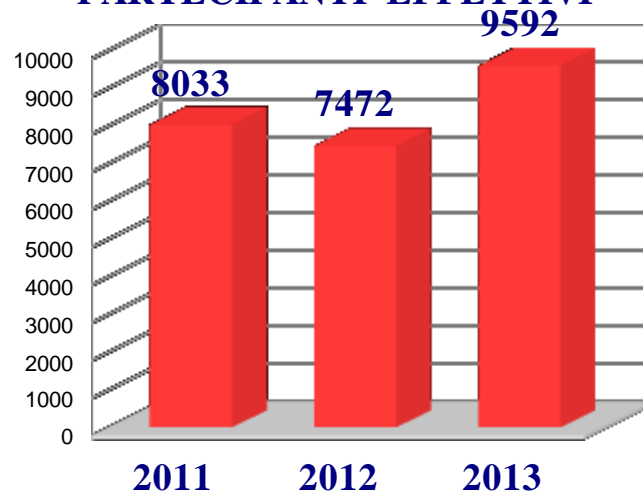
Nell'arco del periodo di riferimento, a fronte dell'aumento del numero di iniziative accreditate nell'ASLAL, si registra un incremento dei corsi rivolti a più professioni e un contestuale *trend* positivo rispetto alla ricaduta percepita.

EDIZIONI SVOLTE



Il grafico illustra il numero delle edizioni effettuate nel triennio, in totale 1439. Si registra un aumento del 10 % nel 2012 e del 12 nel 2013.

PARTECIPANTI EFFETTIVI



Il grafico illustra il numero di partecipanti effettivi nel triennio, in totale 25097. Per quanto riguarda l'anno 2012, si registra una quota maggiore di professionisti non formati, ovvero

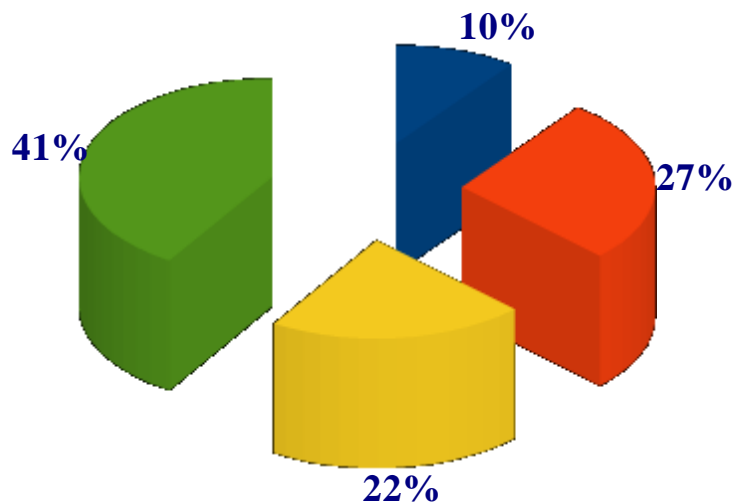


iscritti ai corsi, ma impossibilitati a frequentare i corsi per un numero sufficiente di ore (90%)
al conseguimento dei crediti ECM.

Tabella 7 – partecipanti effettivi e numero non formati nel triennio

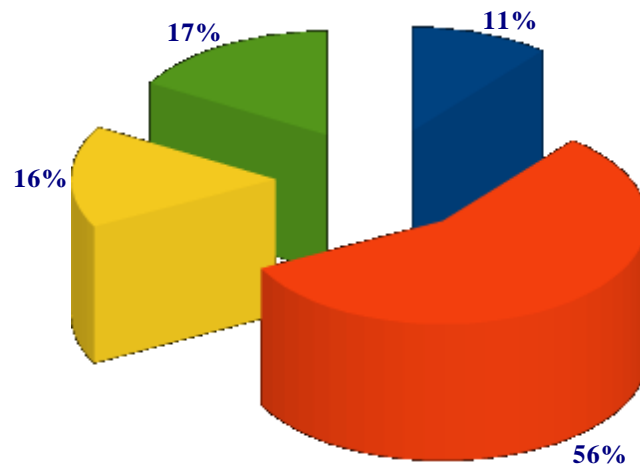
| 2011 N° Corsi | Ed. Svolte | Durata | Partec. Effettivi | Non Format |
|---------------|------------|---------|-------------------|------------|
| 248 | 431 | 2237ore | 8033 | 330 |
| 2012 N° Corsi | Ed. Svolte | Durata | Partec. Effettivi | Non Format |
| 260 | 475 | 2561ore | 7472 | 502 |
| 2013 N° Corsi | Ed. Svolte | Durata | Partec. Effettivi | Non Format |
| 296 | 533 | 2545ore | 9592 | 450 |

PERCENTUALE DESTINATARI CORSI ANNO 2011



■ SOLO INFERMIERI ■ MULTIPROFESSIONALI ■ TUTTE LE PROFESSIONI ■ ALTRE PROFESSIONI

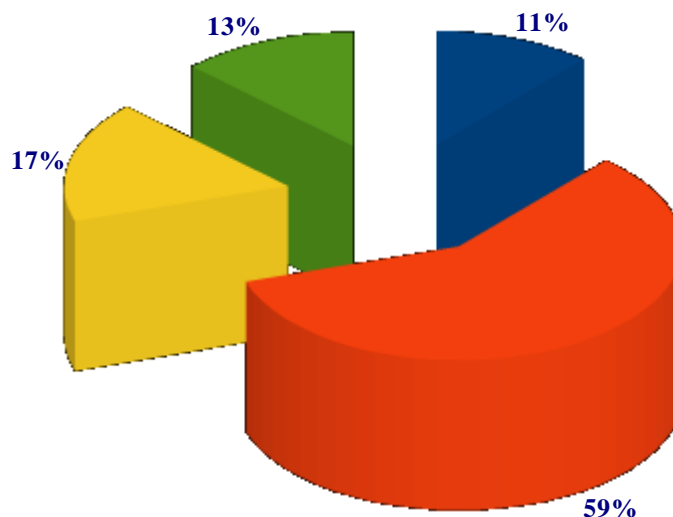
PERCENTUALE DESTINATARI CORSI ANNO 2012



■ SOLO INFERMIERI ■ MULTIPROFESSIONALI ■ TUTTE LE PROFESSIONI ■ ALTRE PROFESSIONI

Il grafico mostra la suddivisione dei corsi, in relazione ai destinatari. La quota maggiore è rappresentata da iniziative rivolte a professioni diverse dall'infermiere. Nel 2012 la percentuale di corsi rivolti a gruppi multiprofessionali sale al 56 %, mentre la percentuale di iniziative rivolte agli infermieri rimane pressoché invariata.

PERCENTUALE DESTINATARI CORSI ANNO 2013



■ SOLO INFERMIERI ■ MULTIPROFESSIONALI ■ TUTTE LE PROFESSIONI ■ ALTRE PROFESSIONI



Nell'anno 2013 aumentano sensibilmente le iniziative di carattere multiprofessionale, a scapito di quelle rivolte a tutte le professioni (rappresentate in gran parte dalla formazione da erogare obbligatoriamente, ad esempio corsi per neoassunti, antincendio, ecc.)

Il questionario che viene somministrato ha subito un processo di validazione interna e, ai fini del presente lavoro, vengono considerate le domande che indagano gli stessi aspetti valutati nei *focus*.

La versione precedente dello strumento prevedeva 16 domande, di cui quattro aperte; per i quesiti chiusi si utilizza la scala *Likert* a sei valori, dove 1 rappresenta completo disaccordo e 6 completo accordo. La scelta di utilizzare un numero pari di possibilità di risposta risiede nel voler evitare la concentrazione di preferenze sul valore centrale e di poter individuare correttamente i valori positivi e negativi.

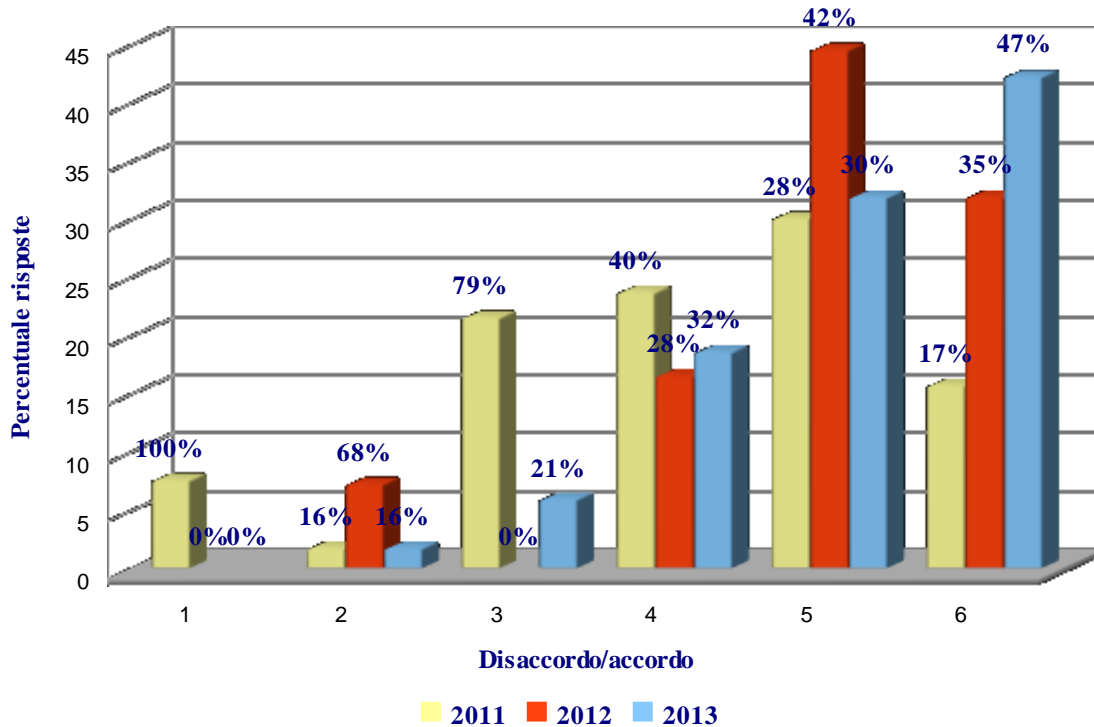
Per le iniziative prese in considerazione nel triennio, di seguito si illustra il numero di questionari inviati, restituiti e la percentuale.

Tabella 8 – questionari consegnati e restituiti nel triennio 2011-2013

| | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|------|--------|--------|
| CONSEGNATI | 130 | 56 | 81 |
| RESTITUITI | 74 | 35 | 61 |
| PERCENTUALE | 57% | 62,50% | 75,30% |

Il valore aggiunto rappresentato dai dati emersi dai questionari risiede nel fatto che i professionisti, a differenza di quanto avviene per i questionari di gradimento del corso e dei docenti, che vanno obbligatoriamente compilati al termine del corso, la restituzione è libera.

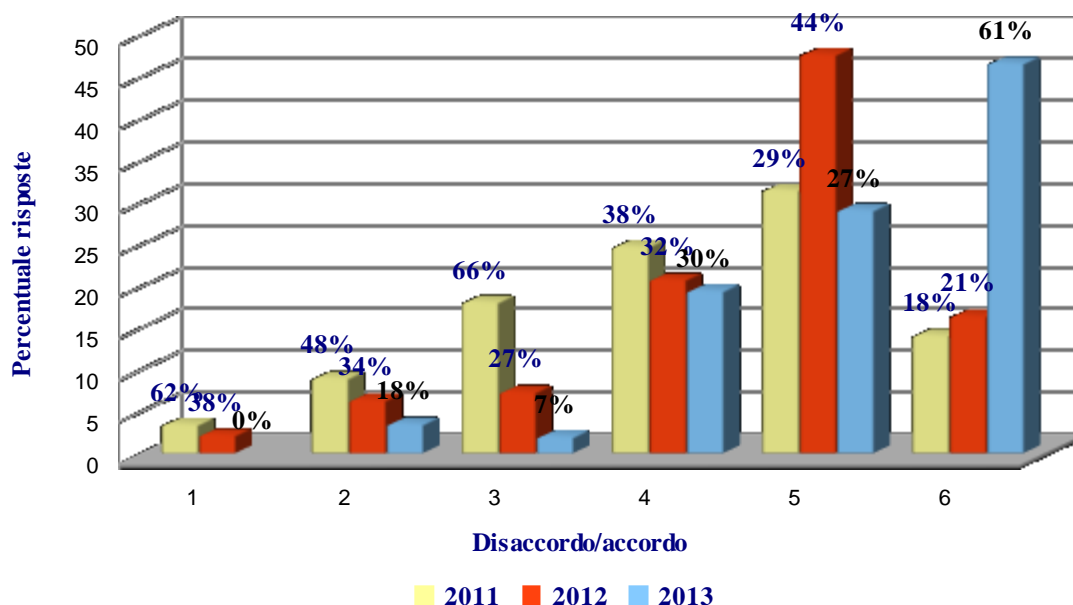
HO UTILIZZATO GLI INSEGNAMENTI DEL CORSO



Alla domanda: "Ritiene di aver utilizzato in questo periodo gli insegnamenti del corso?" si evince come vi sia stato un netto miglioramento dei valori delle risposte nel triennio. Il dato mette in luce una maggiore fruibilità degli insegnamenti dei corsi, il che depone per una maggiore efficacia.

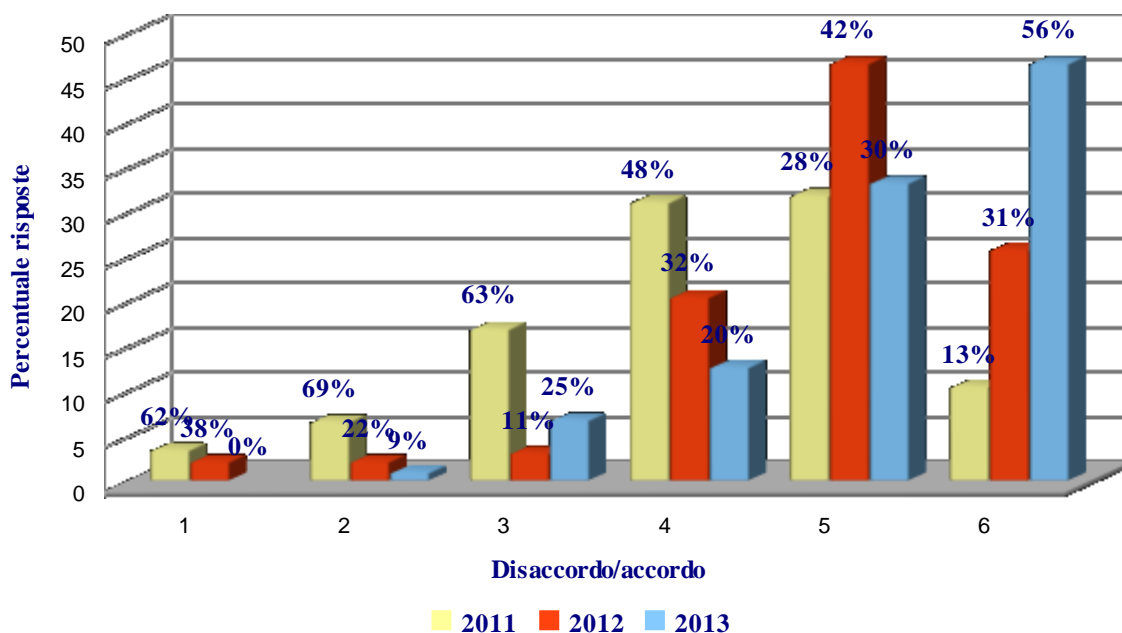
Anche rispetto a quanto è emerso dall'analisi dei dati qualitativi, è possibile effettuare una correlazione tra le tipologie di corsi proposti e la ricaduta percepita: nel primo anno sono state considerate iniziative di tipo trasversale, alcune di tipo monoprofessionale, altre multiprofessionali, che prevedevano modalità didattiche attive, potenzialmente efficaci. Negli anni successivi è stata posta maggior attenzione ai corsi che venivano proposti dagli stessi gruppi di lavoro, che si configurano come "gruppi di miglioramento"; riguardo a questi ultimi, i partecipanti dichiarano maggiore utilizzo dei contenuti nell'agire quotidiano. Analogamente a quanto descritto in letteratura, la formazione situata, aderente alle esigenze di contesto, si rivela più efficace.

MI SONO SENTITO PIU' CAPACE DI PRENDERE DECISIONI/RISOLVERE PROBLEMI



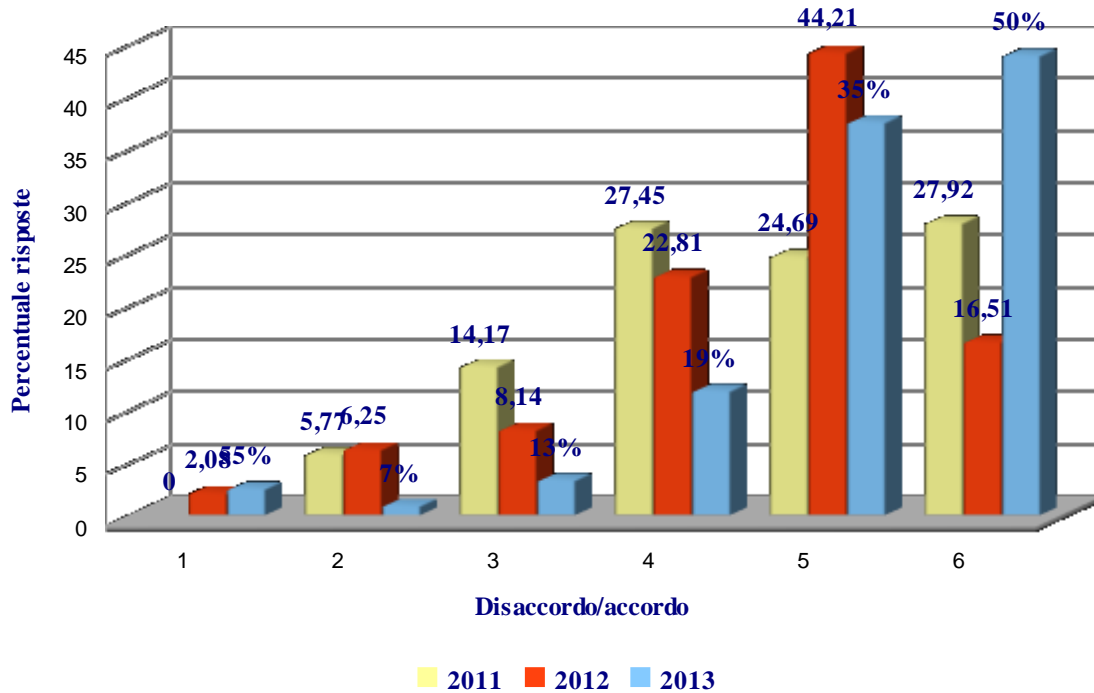
Alla domanda: "Mi sono sentito più capace di prendere decisioni o risolvere problemi legati alla mia pratica professionale" le risposte sono senza dubbio più positive nel 2012 e nel 2013, con una netta prevalenza nell'ultimo anno delle preferenze per il valore massimo.

HO MIGLIORATO IL RAPPORTO CON I COLLEGHI



In relazione alla collaborazione tra professionisti, i valori più alti sono ancora dell'ultimo anno. Da quanto emerso dalla letteratura, una migliore collaborazione tra i componenti l'équipe riduce la probabilità di rischio, in particolare per il paziente.

MI SONO SENTITO PIU' RINFORZATO NEL MIO RUOLO PROFESSIONALE



L'ultima domanda presa in esame riguarda la percezione del proprio ruolo e la possibilità che i corsi concorrano a rinforzare tale aspetto. Anche a tale riguardo, il vissuto del personale sta progressivamente migliorando.

Il dato può essere messo in relazione a quanto dichiarato dai professionisti intervistati: nei gruppi multiprofessionali, la maggiore consapevolezza dell'apporto di ogni professione all'interno del processo di cura, conferisce maggiore importanza a tutti gli attori, nell'ottica di collaborazione tra pari, con un obiettivo comune, rappresentato dal benessere del paziente.

8. Risultati analisi dati qualitativi

Le registrazioni dei focus sono state trascritte integralmente, poi è stata effettuata una tassonomia delle unità lessicali, che successivamente sono state inserite in tabelle di contingenza, distinte per campione (una per i gruppi monoprofessionali e una per i gruppi multiprofessionali).

La prima codifica ha permesso di evidenziare 661 codici.

Nella seconda codifica le unità lessicali sono state correlate alle aree d'indagine:

- capacità di analizzare un problema;
- efficacia dei gruppi monoprofessionali versus i gruppi multiprofessionali;
- fattori favorenti l'apprendimento;
- fattori ostacolanti l'apprendimento;
- misura degli *outcome*.

La codifica selettiva ha permesso, attraverso la relazione tra i concetti, di individuare cinque categorie:

1. MOTIVAZIONE
2. RISULTATO
3. ESPERIENZA
4. COMUNICAZIONE
5. VINCOLI.

Tabella 9 – codici totali

| CAMPIONE TOTALE | CAPACITA' DI ANALIZZARE UN PROBLEMA | GRUPPI MONOPROF. VERSUS GRUPPI MULTIPROF. | FATTORI FAVORENTI APPRENDIM. | FATTORI OSTACOLANTI APPRENDIM. | MISURA DEGLI OUTCOME | TOTALE |
|-----------------|-------------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------|
| MOTIVAZIONE | 6 | 9 | 52 | 19 | 5 | 91 |
| RISULTATO | 13 | 16 | 48 | 11 | 30 | 118 |
| ESPERIENZA | 40 | 16 | 89 | 32 | 16 | 193 |
| COMUNICAZIONE | 21 | 46 | 101 | 11 | 32 | 211 |
| OSTACOLI | 6 | 13 | 8 | 18 | 3 | 48 |
| TOTALE | 86 | 100 | 298 | 91 | 86 | 661 |

Nella prima tabella di contingenza sono presenti tutti i codici; da qui si evince come, per entrambi i gruppi, la comunicazione rappresenti la categoria maggiormente rappresentata, ad eccezione di quanto concerne i fattori che ostacolano l'apprendimento, tra i quali viene individuata la (mancata) motivazione ad apprendere.

Tabella 10 – codici gruppi monoprofessionali

| CAMPIONE TOTALE | CAPACITA' DI ANALIZZARE UN PROBLEMA | GRUPPI MONOPROF. VERSUS GRUPPI MULTIPROF. | FATTORI FAVORENTI APPRENDIM. | FATTORI OSTACOLANTI APPRENDIM. | MISURA DEGLI OUTCOME | TOTALE |
|-----------------|-------------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------|
| MOTIVAZIONE | 0 | 2 | 15 | 7 | 4 | 28 |
| RISULTATO | 8 | 7 | 9 | 1 | 20 | 45 |
| ESPERIENZA | 38 | 11 | 45 | 10 | 14 | 118 |
| COMUNICAZIONE | 12 | 16 | 23 | 2 | 5 | 58 |
| OSTACOLI | 2 | 1 | 8 | 0 | 3 | 14 |
| TOTALE | 60 | 37 | 100 | 20 | 46 | 263 |

In questa tabella sono rappresentate le unità lessicali emerse dai focus condotti nei gruppi monoprofessionali; la categoria emergente è rappresentata dall'esperienza, ma si evidenziano valori maggiori attribuiti alla comunicazione rispetto all'efficacia dei gruppi rispetto alla loro composizione. Tutti i professionisti intervistati, infatti, hanno individuato nei gruppi multiprofessionali un'importante risorsa per la sicurezza del paziente. Analogamente, viene considerato un fattore favorente l'apprendimento la comunicazione nel team e tra servizi.

Tabella 11 – codici gruppi monoprofessionali

| CAMPIONE TOTALE | CAPACITA' DI ANALIZZARE UN PROBLEMA | GRUPPI MONOPROF. VERSUS GRUPPI MULTIPROF. | FATTORI FAVORENTI APPRENDIM. | FATTORI OSTACOLANTI APPRENDIM. | MISURA DEGLI OUTCOME | TOTALE |
|-----------------|-------------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------|
| MOTIVAZIONE | 6 | 7 | 37 | 12 | 1 | 63 |
| RISULTATO | 5 | 9 | 39 | 10 | 10 | 73 |
| ESPERIENZA | 2 | 5 | 44 | 22 | 2 | 75 |
| COMUNICAZIONE | 9 | 30 | 78 | 9 | 27 | 153 |
| OSTACOLI | 4 | 12 | 0 | 18 | 0 | 34 |
| TOTALE | 26 | 63 | 198 | 71 | 40 | 398 |

Rispetto alle aree d'indagine, in entrambi i campioni, vi è una maggiore rappresentatività da parte dei fattori favorenti l'apprendimento, a causa della maggiore facilità con la quale i professionisti parlano di ciò che più è risultato gradevole, mentre dimostrano più difficoltà nel correlare la loro formazione allo sviluppo di particolari competenze o a specifici risultati sul paziente.



Un aspetto degno di nota è rappresentato dalla differenza tra i due campioni sul tema relativo alla seconda area maggiormente rappresentata: nei gruppi monoprofessionali l'area più significativa è quella relativa alla capacità di analizzare un problema, mentre nei gruppi multiprofessionali emerge la categoria della comunicazione.

Riguardo alla categoria predominante, la "core category", nel gruppo monoprofessionale è rappresentata dall'esperienza, mentre nel gruppo multiprofessionale è emersa ancora una volta la comunicazione.

Nella categoria dell'esperienza è stata inserita l'unità lessicale "simulazione", che è stata descritta in tutti i focus come la modalità più efficace, insieme alla discussione di casi clinici, per una formazione che produca esiti sui pazienti.

Il valore della comunicazione trova precisi riscontri in letteratura; nell'articolo *Transdisciplinary Simulation Learning and Practicing Together* viene descritto quanto definito dalla WHO in tema di NTS (*Non-Technical Skill*). Si tratta di uno dei due fattori principalmente responsabili della riduzione del grado di sicurezza per il paziente, oltre alla carenza di competenze tecniche.

Un'altra revisione, *Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-Technical Skills in Nursing? A Review of the Current Evidence*, individua una relazione positiva tra la comunicazione interpersonale e la sicurezza.

Si evidenzia come, per i gruppi multiprofessionali, la formazione di tipo interprofessionale risponda ad un'esigenza più ampia, che va oltre alla formazione e attiene alla collaborazione e alla comunicazione interprofessionale.

Ai fini di una rappresentazione più completa dei dati raccolti, segue un'ulteriore descrizione, in forma narrativa, dei principali nodi.

Esperienze significative

in quasi tutti i gruppi, viene evocata un'esperienza di formazione effettuata all'esterno dell'azienda; ciò che attribuisce particolare significatività ad un'esperienza formativa risulta essere il valore del confronto con professionisti di realtà diverse: questo da un lato offre la possibilità di condividere esperienze diverse, conoscere persone nuove e ciò viene considerato come arricchente, d'altro canto, per alcuni intervistati, rappresenta un modo per valorizzare il proprio operato, misurato in relazione con altri e ciò contribuisce ad aumentare l'autostima e la soddisfazione professionale.

"Ho frequentato un corso di oncologia e le cure palliative, a Torino, organizzato dal CESPI,



c'e' stato un bel confronto tra realtà operative diverse, presenti sul territorio piemontese, e' durato sei mesi, molto bello per i contenuti, tenuto da docenti che avevano lavorato in oncologia, quindi trattavano gli argomenti non solo per averli conosciuti in letteratura, ma per aver lavorato li'. E' stata una bella esperienza. un bel confronto con i colleghi sia sulle tecniche, che per quanto riguarda i rapporti con i pazienti nelle varie fasi della malattia: quella del rifiuto, quella dell'accettazione, poi della rassegnazione, ecc." (FG6, P.4)

"A me viene in mente un corso sul counselling, che mi e' poi tornato utile nell'assistenza ai pazienti. Lavoro in oncologia e dobbiamo molto spesso rapportarci con persone difficili, disperate, che dobbiamo convincere a sottoporsi a trattamenti fastidiosi o dobbiamo dar loro cattive notizie. In quell'occasione abbiamo fatto molta didattica attiva, che e' servita non solo ad imparare ad usare certi strumenti, ma e' stato utile per me anche il confronto con altri professionisti che lavorano in ospedali diversi dal mio. Un po' per vedere che molti problemi li abbiamo un po' tutti e un po' per imparare cose nuove anche da loro, non solo dal docente." (FG3, P.4)

Capacità di analizzare un problema

In base alle risposte fornite dai gruppi monoprofessionali, è emerso come il confronto con professionisti di altre realtà potesse aiutare in tal senso, mentre i gruppi multiprofessionali hanno individuato una correlazione tra la formazione interprofessionale e le competenze critiche e riflessive.

"La metodica che si può apprendere in questi corsi pratici ... sviluppa la capacità analitica, che poi rappresenta la base sulla quale facciamo la sintesi diagnostica, secondo me rappresenta una metodica per la risoluzione dei problemi." (FG6, P.5)

Efficacia dei gruppi monoprofessionali versus gruppi multiprofessionali

In tutti i *focus* è stata dichiarata una maggiore efficacia da parte dei gruppi multiprofessionali, sebbene sia stata comunicata con maggiore enfasi da parte di coloro che organizzano incontri multiprofessionali.

"Ognuno da un suo contributo. più di una volta gli infermieri sono intervenuti dicendo "Guardate però che il tal paziente e' senza vene!", oppure rispetto alla compliance. gli infermieri ci dicono: "Attenzione, perché quel paziente, se facciamo così, non si presenterà ai controlli" ... (FG 5, P.4)



Una piccola eccezione per gli infermieri di uno dei gruppi oggetto di studio, i quali hanno descritto alcune criticità nell'inserirsi nei Gruppi interdisciplinari di cure, che inizialmente avevano una forte valenza diagnostica che li escludeva dal dibattito. Proprio in conseguenza al *focus group*, sono state poste le basi per una riprogettazione del corso per il 2014, al fine di includere anche gli infermieri.

"Io e la collega abbiamo fatto parte di un gruppo interdisciplinare di cure e secondo me, per come era strutturato, c'era da cambiare qualcosa, perché i medici guardavano la tac e discutevano della diagnosi, ma noi siamo poco coinvolte. Io mi sentivo esclusa da questa discussione, avevo tanti punti interrogativi, per quanto riguarda la mia competenza..." (FG.5, P2)

Durante i focus multiprofessionali, così come nella quotidianità, si rileva un crescente interesse da parte dei medici riguardo alla presenza del personale infermieristico nei gruppi di miglioramento o a corsi di formazione in tema di oncologia o cure primarie: da parte del personale medico si rileva una particolare sensibilità a questo aspetto, per ragioni di completezza della discussione e di maggior ricaduta organizzativa.

"...un'esperienza multiprofessionale, con operatori della sanità, nell'ambito della comunicazione, o altro, mi ha dato sempre maggiori soddisfazioni. anche tra soc diverse, anche nello stesso presidio: fare lavorare tre realtà diverse è stata un'esperienza non facilissima da mettere in pratica, anche perché alcuni colleghi non vedevano una valenza trasversale negli argomenti da trattare per il nostro settore. se c'è un corso trasversale lo vedo molto formativo". (FG1, P.6)

"Senz'altro tra professionalità diverse. i pazienti che trattiamo vengono seguiti da servizi diversi: la diagnostica, il trattamento, il follow up, la riabilitazione, vedono lo stesso paziente usufruire di più servizi di una stessa azienda e noi, con questo tipo di corsi, seguiamo tutto il percorso del paziente e lo ricostruiamo per discuterne e trovare le evidenze, le buone pratiche e condividerle". (FG.3, P.1)

"I corsi devono includere tutta l'equipe, anche perché così si eviterebbe di dire cose diverse ed avere comportamenti difformi all'interno del gruppo di lavoro".

"Specialmente nei confronti del paziente. non si può avere in uno stesso gruppo diversi modi di lavorare e i pazienti sono i primi a percepire le differenze". (FG4, P.1, P.2)

Ricaduta

In maniera assolutamente trasversale, l'aspetto che maggiormente facilita la ricaduta è il



risvolto pratico del corso, nonché la condivisione all'interno dell'équipe.

"E' importante incontrarsi due, tre volte al mese per confrontarsi tutti insieme sulla stessa persona. Ti confronti per analizzare un problema e questa secondo me è la cosa più importante. ti permette infatti di avere un riscontro, quello che si chiama prova di qualità del lavoro che si fa.

Per gli infermieri, quale aspetto inibente la ricaduta, è rappresentato dal *turn over* all'interno dei settori dell'ASL.

"Forse per alcune figure è meno complesso, ma per gli infermieri è difficile. tu hai un portfolio ed una specificità in un settore, poi improvvisamente ti trasferiscono in un altro reparto a fare tutt'altro. ai medici non succede mai che vengano trasferiti, mentre gli infermieri vengono fatti ruotare spesso" (FG.1, P.3)

Misura degli outcome

Nei gruppi di infermieri il concetto è parso di difficile applicazione: non è diffusa la prassi di misurare gli esiti infermieristici, specie in relazione ad uno o più interventi formativi. Nel caso in cui un corso sia progettato per supportare un cambiamento (ad esempio la riorganizzazione per intensità di cure) allora, a livello percettivo, è stato rilevato un risultato. Nell'ambito dei gruppi multiprofessionali, invece, è emerso come la formazione abbia inciso sull'appropriatezza prescrittiva, sui tempi di formulazione della diagnosi, sull'uniformità dei comportamenti e delle informazioni fornite ai pazienti, nonché sulla tutela del professionista, in quanto il percorso che ha portato alle decisioni sul paziente è stato condiviso e fondato su evidenze scientifiche.

"Abbiamo avuto un sensibile aumento dell'appropriatezza prescrittiva, con una riduzione degli esami diagnostici, dei costi e dei tempi per il paziente" (FG3, P. 2).

"Il fatto di prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche condivise, è una garanzia per il paziente, che vede un risultato univoco ed ha la prova che chi si è preso cura di lui, lo ha fatto in seguito ad una riflessione sulle possibili strategie che ha tenuto conto di tutti i pareri delle persone coinvolte." (FG3, P.1)

Obbligatorietà della formazione

Rispetto all'obbligo ECM, pur presentando alcune criticità, nessuno degli intervistati ha dichiarato che esso comporti un ostacolo all'apprendimento. E' opinione unanime che il programma di educazione continua in medicina permetta di avere opportunità in più per



aggiornarsi, inoltre, in assenza di sanzioni definite per chi non soddisfa il debito formativo, e a fronte di una buona offerta formativa all'interno di entrambe le aziende, rispetto ai primi anni, è calata la tensione e la formazione permanente sta vivendo un momento cruciale, di profondo ripensamento.

"L'obbligo ha favorito un miglioramento della formazione, anche da parte di chi prima non andava, ora è costretto ad andare. non tutti i corsi sono semi fertili sparsi su terreno fertile..." (FG1, P.4)

"Il sistema ECM favorisce le opportunità. Possono essere fatti tutti i correttivi possibili ed immaginabili, ma ha portato ad interrogarsi sul fatto che sia necessario fare una manutenzione delle competenze." (FG1, P.1).

9. Conclusioni

Lo studio ha messo in luce il principio secondo il quale la formazione continua dei professionisti della salute non può e non deve essere nozionistica, ma va considerata come un'opportunità per collegare clinica, formazione ed organizzazione, affinché si pervenga ad uno sviluppo delle professioni, in una direzione guidata dal paziente, che rappresenta la *road map* di tutto il processo.

Il grado di complessità, innovatività e di flessibilità che caratterizzano le persone e le organizzazioni, fa sì che la formazione tenti di allineare l'attività dei professionisti all'organizzazione nella quale costoro sono inseriti, nell'intento di rappresentare lo strumento grazie al quale l'aggiornamento professionale contribuisce allo sviluppo del sistema organizzativo stesso e tende alla misurazione dei risultati ottenuti.

La formazione continua infatti, se centrata sulla condivisione di percorsi di apprendimento sul campo da parte di tutte le professioni coinvolte nei processi di cura, incrementa la collaborazione interprofessionale, potenzialmente più sicura per il paziente. E' necessario che i percorsi formativi siano progettati tenendo conto delle modalità didattiche facilitanti lo sviluppo delle capacità di pensiero critico e di pensiero riflessivo, al fine di migliorare la sicurezza per il paziente.

Un primo tema che emerge, è rappresentato dalla preferenza dei professionisti riguardo a modalità didattiche di tipo, analogamente a quanto descritto in letteratura.⁴

Un altro aspetto importante riguarda la stretta relazione che intercorre tra la formazione e la

⁴LEWIS, Robin; STRACHAN, Alasdair; SMITH, Michelle McKenzie. Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. *The open nursing journal*, 2012, 6: 82.



collaborazione interprofessionale: gli intervistati facenti parte di gruppi multiprofessionali, in particolare i medici, descrivono risultati positivi in termini di comunicazione e condivisione delle decisioni assunte.⁵

Rispetto all'identità personale e professionale, esse sono considerate come fattori che stimolano l'impegno nel lavoro e nell'apprendimento⁶. Gli intervistati e i dati emersi dai questionari di valutazione della ricaduta sono in linea con le evidenze in tal senso.

L'esito più rappresentativo della ricerca, è dato dalla possibilità di formulare il seguente percorso concettuale: lo sviluppo della formazione interprofessionale aumenta la collaborazione tra i membri delle *équipe* e tra i servizi. Una maggiore collaborazione interprofessionale contribuisce all'uniformità dei comportamenti e delle comunicazioni con i pazienti. Maggiore collaborazione e uniformità dei comportamenti portano a decisioni efficaci, rapide, centrate e condivise. Tutto ciò può influenzare i risultati sul paziente, in specifico riguardo alla prevenzione degli eventi avversi.

Analogamente a quanto succede in medicina, è emersa la necessità dello sviluppo dell'appropriatezza formativa, che va contrapposta alla formazione difensiva, affinché essa abbia una maggiore efficacia.

Lo studio ha messo in evidenza la difficoltà di correlare direttamente la formazione alla sicurezza, in particolare per i seguenti aspetti:

- la formazione rappresenta uno dei fattori che concorrono al controllo degli *outcome* sul paziente, pertanto ogni rilevazione dovrebbe tener conto di tutte le variabili coinvolte;
- esiste una diffusa resistenza alla comunicazione dell'errore o del quasi errore, in quanto manca la convinzione che ciò non deve aver una connotazione positiva, ma propositiva e migliorativa;
- per la stessa ragione, pur avendo a disposizione dati di sorveglianza, essi non vengono diffusi, e ciò riduce fortemente la possibilità di correlare gli interventi ai dati di incidenza o di prevalenza relativi a determinare aree d'indagine.

Occorrono ulteriori ricerche per valutare l'impatto delle variabili organizzative, tecnologiche, ambientali, culturali nel condizionare una relazione positiva tra la formazione interprofessionale e la prevenzione degli eventi avversi per il paziente.

⁵ERAUT, Michael. Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 2007, 33.4: 403-422.

⁶PHELAN, Anne M.; BARLOW, Constance A.; IVERSEN, Sharon. Occasioning learning in the workplace: The case of interprofessional peer collaboration. *Journal of interprofessional care*, 2006, 20.4: 415-424.



Molto resta da fare in questo campo: da un lato occorrerà individuare strumenti di valutazione dell'efficacia formativa, sulla base dei quali ripensare la progettazione dei corsi, dall'altro implementare le attività di *stakeholder engagement* (coinvolgimento dei portatori di interesse) che progressivamente includeranno nelle fasi di costruzione di percorsi formativi una rappresentanza dei futuri partecipanti, fino ad arrivare a chiedere ai pazienti e ai loro familiari il contributo per l'analisi dei bisogni formativi dei professionisti.

Il senso della salienza infermieristica, infatti, come ci ha insegnato Patricia Benner, nasce proprio della narrazione degli infermieri sulla propria esperienza e dall'ascolto del paziente sul proprio vissuto. E la sua sicurezza viaggia sul filo della collaborazione tra i professionisti.



Bibliografia

- Alastra, V. Presutti, M. *Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle organizzazioni sanitarie. Nuove prospettive per la Formazione Continua in Sanità* Atti Convegno, Torino, 2009.
- Alfaro-LeFevre, R. *Critical thinking in nursing: A practical approach*. W. B. Saunders, Philadelphia, 1995.
- Ballini, L. *La 'normalizzazione' degli interventi complessi in sanità* in Politiche sanitarie Vol. 11, N. 2, Aprile-Giugno 2010.
- Benner, P. Calamandrei, C. Rasero, L. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: l'apprendimento basato sull'esperienza*. McGraw-Hill, 2003.
- Chaffee, J. *Thinking critically*. (8/e) 2006.
- Corrao, S. *Il focus group*, Franco Angeli, 2000.
- Costa, M., *La comunità: un ponte tra formattività e innovazione* in Alessandrini G.; Buccolo M., *Comunità di pratica e pedagogia del lavoro*, in *Quaderni di pedagogia del lavoro e delle Organizzazioni*, Lecce, Pensa Multimedia, 2010, pp. 129-139
- Daly, W. M., *Critical thinking as an outcome of nursing education. What is it? Why is it important to nursing practice?* Journal of Advanced Nursing, 1998, 28(2), 323-331.
- D'amour, Danielle, and Ivy Oandasan. "Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept." *Journal of interprofessional care* 19.S1, 2005, 8-20.
- Doran, D. Sasso L, Aleo G. *Nursing outcomes. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche*. McGraw-Hill, 2013.
- Eraut, M. *Learning from other people in the workplace* Oxf Rev Education, 2007.
- Fabbri L., *Comunità di pratiche e apprendimento. Per una formazione situata*, Roma, Carocci, 2007.
- Facione, Peter A. *Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. Research Findings and Recommendations*, 1990.
- Facione, NC, Facione, PA, *Externalizing the critical thinking in clinical judgment*. Nursing Outlook, Volume 44, 1996, pages 129-36.
- Focarile, F. *La condivisione del processo di cura: strumenti per la qualità dei servizi*. Atti del convegno nazionale CNAI, Firenze, 2010.



- Gamberoni, L., Lotti, A., Marmo, G. Rocco, G., Rotondi, P., Sasso, L., & Tousijn, W., *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano: McGraw-Hill, 2008.
- Gherardi, S. "Learning as problem-driven or learning in the face of mystery?" *Organization studies* 20.1, 1999: 101-123.
- Halpern, Diane F. *Thought and knowledge: An introduction to critical thinking*. Routledge, 2002.
- Harden, Ronald M. "AMEE Guide No. 14: *Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education*." *Medical teacher* 21.1, 1999.
- Iyer. P.W., Taptich, B.J., Bernocchi-Losey. D. *Nursing process and nursing diagnosis*, 1995.
- W.B. Saunders. Jeffreys, M.R, Guided visual metaphor: a creative strategy for teaching nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*, 4, 1993, 99-106.
- Jonassen D, *Computer in the classroom: Mindtools for critical thinking*, Merrill Publisher, 1995.
- Lanzetti, C. Lombi, L. Marzulli M. *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, Franco Angeli, 2008.
- Le Boterf, G. *Costruire le competenze individuali e collettive. Agire e riuscire con competenza. Le risposte a 100 domande*. Guida Editori, 2008.
- Lewis, Strachan and McKenzie Smith, *Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-technical Skills in Nursing? A Review of the Current Evidence* *The Open Nursing Journal*, 2012.
- Lotti, A., & Dipace, A. . *Dal core competence al core curriculum*. In *Il futuro della ricerca pedagogica e la sua valutazione*, 2011.
- Manuale di accreditamento dei Provider Pubblici e privati, Regione Piemonte, 2012.
- Marmo, G. Gavetti, D. Russo, R. *Profilo di posto dalla concettualità, al metodo e all'operatività*, Edizioni Medico Scientifiche, 2011
- Merrill, M. D., *Constructivism and Instructional Design*. *Educational Technology*, v31 n5 p45-53 May 1991.
- Marzano, R. J., Brandt, R. S., Hughes, C. S. et al. *Dimensions of Thinking: a framework for Supervision and curriculum Development*, Alexandria, Virginia, 1998.
- Mezirow, J. *Apprendimento e trasformazione: il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Raffaello Cortina, 2003.



- Mongardi M., Bassi E., De Palma R., Peghetti A., Seligardi M., Di Ruscio E., *Osservatorio regionale sui nursing sensitive outcomes*, Servizio Presidi Ospedalieri – DGSPS, Regione Emilia Romagna, 2014.
- Montedoro, C., Pepe, D. *La riflessività nella formazione: modelli e metodi*, 2007.
- Mostarda, M., Maioli, S., *La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie tra contributi pedagogici e modelli operativi*, McGraw-Hill, 2008.
- Paul, R. & Elder, L. *The Miniature Guide to Critical Thinking*, 5th edn. (Dillon Beach, CA, Foundation for Critical Thinking Press) 2008.
- Phelan, A. Barlow, C. Iversen, S. Occasioning learning in the workplace: the case of interprofessional peer education, *Journal of interprofessional Care*, 2006.
- Philosophical American Association. *Critical Thinking: A statement of expert consensus for the purpose of teaching and evaluation tool. The Delphi Report: The research findings and recommendations prepared for the Committee on the philosophy of pre-university education.* (ERIC Document reproduction Service No. ED 315-423) 1990.
- Pignatto, A. Regazzo, C. Tiberi, T. *La formazione sul campo. Uno strumento di apprendimento per i professionisti della salute*. Maggioli, 2010.
- Quaglino, G. Piero. *Scritti di formazione (1978-1998)*. Vol. 13. FrancoAngeli, 1999.
- Report annuale delle attività del centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica nell'Infermiere oggi*. Collegio IPASVI Roma, 2011.
- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. *The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions*. *ACP Journal Club* 1995;123:A12-3.
- Sasso, L., Aleo, G. *Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale*, Mc Graw Hill, 2010
- Schön, Donald A. *Il professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Vol. 152. Edizioni Dedalo, 1993.
- Stagi, L. *Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità* in *Rassegna Italiana di Valutazione* • n. 20 • ottobre-dicembre 2000
- Van Gelder, T. *Teaching Critical Thinking: Some lessons from cognitive science*, *College Teaching*, 53, pp. 41–46, 2005.
- Wenger E., *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*, ed. it. *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Milano, Cortina, 2006.



Wenger E., Mc Dermott R., Snyder W. *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*, ed. it. *Coltivare comunità di pratica. Prospettive ed esperienze di gestione della conoscenza*, a cura di Lipari D., Guerini e ass., 2007.

Wilson, J. *Thinking Critically about Critical Thinking*. Educational Philosophy and Theory, Vol. 44, No. 5, 2012.

Yildirim, B., Özkahraman, S., *Critical Thinking in Nursing Process and Education* International Journal of Humanities and Social Science Vol. 1 No. 13 [Special Issue – September 2011]

Zannini L., *La tutorship nella formazione degli adulti: uno sguardo pedagogico*, Guerini e Associati, Milano, 2005.

Sitografia

<http://www.aslal.it/>

https://www.ecmpiemonte.it/SpTheme_2/index2.htm?m_cAction=query

<http://www.bvspiemonte.it/opencms/opencms/it.step.opencms.bvsp/web/Home/>

<http://www.reteoncologica.it/>

<http://www.amee.org/home>

www.scholar.google.it

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

<http://www.quotidianosanita.it>