



Formazione: Curricula Integrazione di contenuti di formazione nei curricula dei vari cicli di perfezionamento e aggiornamento nel settore sanitario

Studio commissionato dall’Ufficio federale della sanità pubblica UFSP,
Programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario»
2017–2020

Breve descrizione riassuntiva

Prof. Dr. Andrea Gurtner

Prof. Bianca Tokarski

Prof. Isabelle Clerc

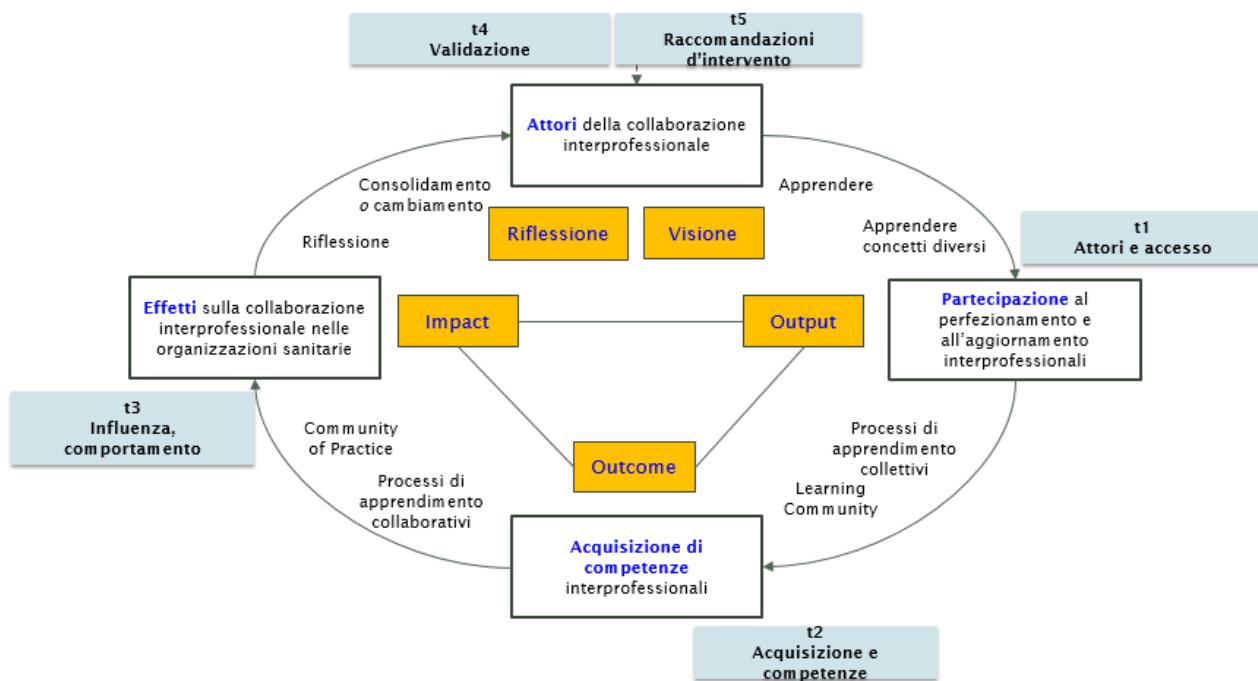
Lena Scheidegger

1 Contesto e obiettivi dello studio

L'aumento della popolazione in età molto avanzata e affetta da polimorbilità e l'introduzione di nuove possibilità di diagnosi e trattamento portano a processi terapeutici sempre più complessi a fronte di una carenza sempre più acuta di personale qualificato e di un aumento sproporzionato dei costi della salute. In questa prospettiva, la **collaborazione interprofessionale (interprofessional practice IPP)** garantisce un miglioramento della qualità dell'assistenza e l'aumento dell'efficienza economica. Questo pone la **questione di come allestire i processi d'apprendimento nel quadro del perfezionamento e dell'aggiornamento interprofessionali (interprofessional education IPE), allo scopo di aumentare il grado di questa collaborazione nelle organizzazioni sanitarie**. L'effetto duraturo di un'IPP si concretizza solo nell'ambito dell'esercizio pratico della professione, ossia nell'area d'intervento dell'organizzazione. Pertanto, i processi di apprendimento interprofessionali si compiono sia nel quadro di offerte istituzionali di perfezionamento e aggiornamento, sia all'interno delle organizzazioni, durante l'esercizio pratico delle professioni sanitarie coinvolte. Per identificare i possibili approcci per strutturare il perfezionamento e l'aggiornamento interprofessionali occorre pertanto distinguere tra:

- la reazione immediata attraverso la **partecipazione** a un IPE (output);
- il **cambiamento degli atteggiamenti** e l'**acquisizione di competenze interprofessionali** (outcome);
- e il **cambiamento comportamentale** e dunque l'**effetto** sull'IPP in seno all'istituzione sanitaria (impact).

A questi livelli di risultati corrisponde il modello scientifico di base del ciclo dell'apprendimento organizzativo secondo Kuhlmann e Sauter (2008), sul quale è basato il presente studio. Oltre al livello individuale dei discenti, l'analisi delle competenze interprofessionali comprende anche i livelli sistema e risorse (Reischmann, 2016).



Modello di apprendimento e attività interprofessionali (in base a Kuhlmann & Sauter, 2008)

In questa prospettiva, lo **scopo del presente progetto** è indicare:

- quali attori offrono quali formati di perfezionamento e aggiornamento;
- quali formati e contenuti di perfezionamento e aggiornamento hanno un effetto positivo sul modo di pensare e lavorare interprofessionale dei partecipanti;

- quali offerte di perfezionamento e aggiornamento potranno in futuro elevare il grado e la qualità della collaborazione interprofessionale nelle organizzazioni sanitarie.

2 Risultati

Sulla base del ciclo dell'apprendimento interprofessionale, il progetto di ricerca risponde ai quesiti indicati dagli obiettivi nell'ambito di un mixed methods design:

- gli offerenti di IPE sono stati individuati attraverso una ricerca sul web in tutta la Svizzera;
- gli IPE e i loro effetti sull'IPP sono stati analizzati attraverso un sondaggio tra i professionisti della salute in dieci cliniche, selezionate da un'ampia gamma di istituzioni di assistenza acuta e di lunga durata, sia nel settore somatico che in quello psichiatrico;
- i risultati sono stati validati nel quadro di un gruppo di discussione insieme a responsabili selezionati provenienti dalle cliniche coinvolte;
- su questa base sono state elaborate le raccomandazioni d'intervento.

2.1 Offerenti di formati di perfezionamento e aggiornamento

Dalla ricerca sul web emerge che vi sono numerosi offerenti di perfezionamento e aggiornamento. Se per identificare gli offerenti si utilizza la definizione dell'OMS («si rivolge a due o più gruppi professionali...»), è possibile identificare circa 600 offerenti, benché spicchino soprattutto le associazioni professionali e i gruppi ospedalieri, nonché gli ospedali per cure acute e gli ospedali universitari. Se tuttavia si cerca concretamente se l'offerta affronta esplicitamente l'interprofessionalità, questa si riduce a 80 attori, anche in questo caso soprattutto appartenenti alle categorie di offerenti summenzionati.

2.2 Formati di perfezionamento e aggiornamento frequentati e predittori di modi di pensare e lavorare interprofessionali

I partecipanti sono stati intervistati per mezzo di un questionario online in modo sia trasversale sia longitudinale. Su questa base, in un processo in due fasi sono stati analizzati sia gli **IPE frequentati nei 12 mesi precedenti** descritti **come più importanti** dai partecipanti (output) e il loro effetto sul cambiamento degli atteggiamenti e l'acquisizione di competenze interprofessionali (outcome) sia l'**effetto sulla collaborazione interprofessionale nella pratica IPP** (impact).

In totale, 462 professionisti della salute hanno accettato di rispondere alle domande. In base alla ripartizione per **gruppi professionali**, il 53 per cento proviene dall'ambito delle cure infermieristiche (incluse le levatrici), il 26 per cento dall'ambito medico (inclusi gli psichiatri), il 10 per cento da fisioterapia ed ergoterapia, il 6 per cento da psicologia e psicoterapia e il 4 per cento dai servizi sociali e dalla pedagogia; l'1 per cento circa esercita altre professioni. L'età media è di 40 anni (19–64 anni), circa un terzo degli intervistati ricopre una funzione dirigenziale.

Con una percentuale del 23 per cento, i **corsi di formazione** sono l'IPE frequentato indicato come più importante con maggiore frequenza. Due terzi dei corsi di formazione sono eventi una tantum, generalmente durano al massimo una mezza giornata o una giornata intera; la maggioranza è finanziata dai datori di lavoro e per la maggior parte hanno luogo all'interno della clinica oppure nella propria istituzione sanitaria, raramente si svolgono all'esterno.

Poco meno di un quinto degli intervistati indica che le **simulazioni** sono l'IPE più importante. Le simulazioni frequentate hanno luogo sia una volta all'anno sia in parte anche ogni sei mesi oppure più raramente ogni tre mesi. Generalmente durano una giornata intera, più raramente mezza giornata. Le simulazioni sono quasi esclusivamente finanziate dal datore di lavoro e hanno luogo all'interno della clinica oppure nella propria istituzione sanitaria, raramente si svolgono all'esterno.

Il 16 per cento degli intervistati indica che **conferenze e congressi** sono l'IPE frequentato più importante; hanno luogo una volta all'anno e durano da una mezza giornata a cinque giorni. La partecipazione è finanziata per due terzi dal datore di lavoro oppure per circa il 10 per cento in tutto o in parte con fondi privati oppure tramite altre fonti. Dal 20 al 25 per cento circa di questi eventi ha luogo nella propria clinica o istituzione sanitaria, in un'altra istituzione sanitaria oppure è organizzato da associazioni professionali, più raramente da università.

Il 13 per cento degli intervistati indica che le **discussioni interprofessionali di casi** sono l'IPE frequentato più importante. Possono avere luogo una tantum, settimanalmente, mensilmente oppure anche trimestralmente e durano generalmente al massimo mezza giornata. Sono finanziate a maggioranza internamente e hanno luogo all'interno della clinica oppure nella propria organizzazione sanitaria.

I **nessi** tra la frequentazione di IPE (output), il cambiamento degli atteggiamenti e l'acquisizione di competenze interprofessionali a livello individuale e di gruppo (outcome) nonché il cambiamento comportamentale e dunque l'effetto sull'IPP (impact) sono stati analizzati in termini sia longitudinali sia trasversali. I risultati sono simili e pertanto non sono riportati separatamente.

Come previsto, le competenze interprofessionali sono predittori fondamentali di IPP a livello sia individuale sia di gruppo.

- Per lo **sviluppo di una comprensione comune dei compiti in seno al gruppo** sono essenziali a livello individuale **l'atteggiamento nei confronti dell'IPP e il sapere relativo ai ruoli e ai compiti degli altri membri del gruppo**.
- Per un'IPP riuscita, occorre fare propria questa **comprensione comune dei compiti e la capacità di assumere la prospettiva di altri membri del gruppo**.
- I predittori più incisivi di un'IPP riuscita sono le rispettive **condizioni quadro (sufficiente tempo, conoscenze specialistiche, sostegno da parte dei colleghi e superiori e accesso a perfezionamento e aggiornamento)** nonché una **collaborazione alla pari in seno al gruppo**.

Molto scarse invece, contrariamente alle aspettative, le influenze dirette della frequentazione di IPE riscontrate. Soltanto **frequentare corsi di formazione** presenta un nesso positivo sia con lo sviluppo di una comprensione comune dei compiti in seno al gruppo sia con un'IPP riuscita. Infine, soltanto la partecipazione a conferenze e congressi presenta un nesso debole con l'IPP, mentre non è così per nessuno degli altri IPE analizzati, per i loro contenuti e metodi di apprendimento.

2.3 Validazione nel quadro di un gruppo di discussione

Per validare i risultati dello studio quantitativo e per desumerne raccomandazioni d'intervento concrete per la pratica, si è riunito un gruppo di discussione con quadri e dirigenti delle organizzazioni sanitarie coinvolte nello studio.

Secondo gli esperti coinvolti l'IPP, definita in questa sede come acquisizione o cambio di prospettiva di tutti i gruppi professionali, ha luogo ancora troppo raramente nella quotidianità clinica. Questo è dovuto al fatto che attualmente l'IPP è ancora troppo poco radicata a livello strutturale nello svolgimento dei processi. Le condizioni fondamentali per dare luogo all'IPP sono in particolare buoni rapporti tra i collaboratori, una solida fiducia di ognuno nella propria esperienza e una cultura della comunicazione e aziendale percepita positivamente attraverso lo smantellamento di gerarchie organizzative. In questo contesto in particolare i medici, ma in generale anche i dirigenti, sono chiamati a mettere da parte rivendicazioni di potere professionali ormai superate, in modo che possa crearsi una cultura di fiducia reciproca. Dirigenti con spirito d'iniziativa «vicini al fronte e alla base», strutture gerarchiche orizzontali e tandem di dirigenza misti sono considerati fattori contestuali che favoriscono e rendono possibile l'IPP. Benché l'iniziativa per quest'ultima sia spesso presa da infermieri e terapeuti, non rappresenta una forma di lavoro che emerge «dal basso o spontaneamente», ma deve invece essere chiesta e sostenuta in modo mirato dai dirigenti. Questi ultimi devono soprattutto identificare ambiti tematici e processi rilevanti, richiedere l'IPP e in seguito avviare misure di perfezionamento adeguate per attuarla. Nonostante la situazione concernente le risorse sia spesso difficile «nel sistema, l'IPP è più fattibile di quanto molte persone coinvolte pensino». Tuttavia, le risorse a disposizione devono essere coordinate in modo più efficiente tra loro e i processi esistenti devono essere impostati in modo da creare spazi liberi per l'IPP. Nel contempo, l'IPP comporta un onere iniziale che non deve essere sottovalutato. Gli specialisti coinvolti devono trovare una lingua comune nonché pianificare e stabilire procedimenti in modo congiunto. Il tempo necessario a questo scopo riduce il tempo a disposizione per perfezionamenti individuali specifici della professione.

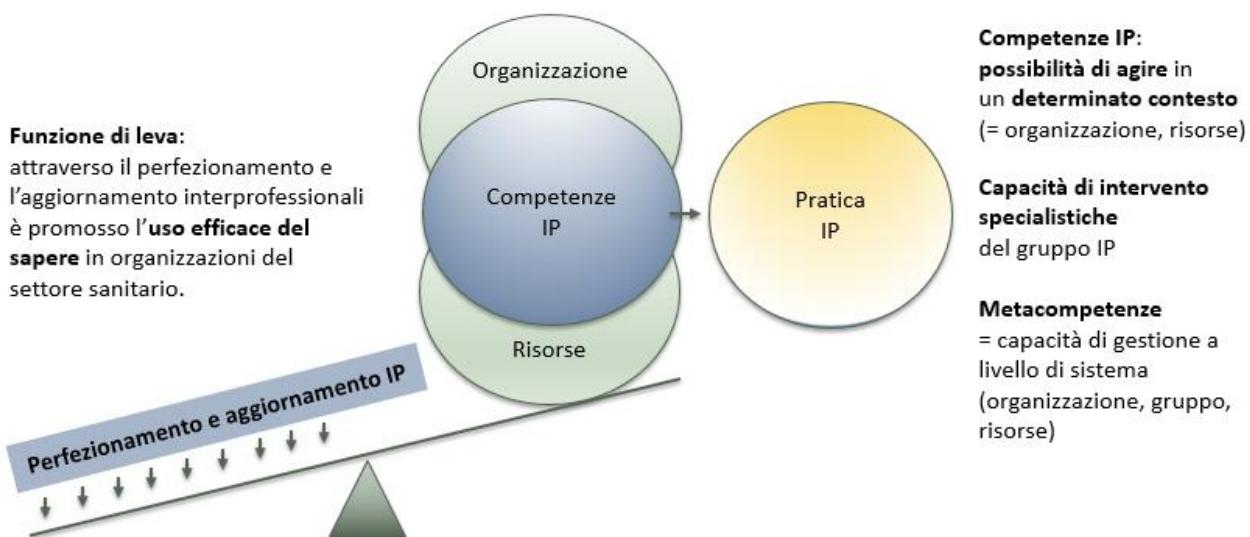
La condizione necessaria è ovviamente anche la tenuta di cartelle cliniche digitali con diritti di accesso disciplinati chiaramente per gli specialisti di volta in volta coinvolti. Tuttavia, anche i pazienti devono essere informati sulle procedure e i vantaggi dell'IPP, altrimenti potrebbero avere l'impressione che sia soltanto un'ulteriore misura di risparmio che regolamenta, complica o rende impossibile il (costoso) accesso ai medici.

A livello sociale e politico, occorre ridimensionare le aspettative esagerate nei confronti dell'IPP: secondo i partecipanti alla discussione, è sbagliato partire dal presupposto che l'IPP possa diminuire immediatamente i costi. È invece possibile che crei spazio per nuove figure professionali. Per esempio, l'impiego di advanced practitioners al posto del personale medico potrebbe comportare risparmi dei costi.

3 Raccomandazioni d'intervento

Sia dal sondaggio quantitativo sia dal dibattito qualitativo del gruppo di discussione emerge che l'IPP e la capacità organizzativa ad essa legata possono essere considerate soltanto come aree d'intervento complesse. Oltre alle competenze e alle capacità individuali degli attori, i livelli sistema e risorse sono fondamentali come fattori per consentire l'interprofessionalità.

Affinché l'IPP possa riuscire, sono necessari perfezionamenti e aggiornamenti interprofessionali. Questi ultimi svolgono una sorta di funzione di leva: attraverso perfezionamenti e aggiornamenti interprofessionali si mira soprattutto a incoraggiare un uso efficace del sapere nelle organizzazioni del settore sanitario. Le organizzazioni costituiscono in un certo senso piattaforme sulle quali circola il sapere. Questo può però anche essere raggruppato a seconda delle esigenze concrete dei pazienti e scambiato tra gli attori in modo specifico per le situazioni nonché orientato alle soluzioni.



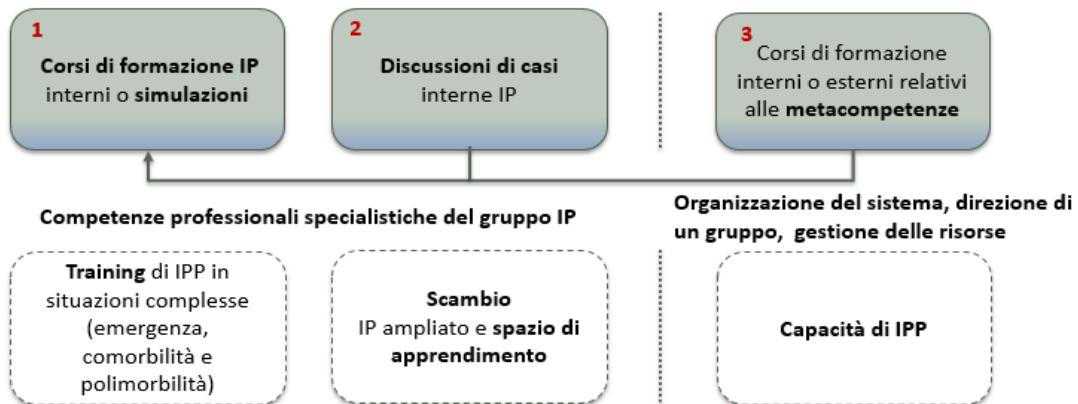
Funzione di leva dell'apprendimento interprofessionale (IPL) per la riuscita dell'IPP

L'IPL è poco efficace senza considerare simultaneamente i livelli **organizzazione e risorse**: occorre sempre considerare le competenze interprofessionali (IP) anche come possibilità di agire in un determinato contesto. In questo senso, l'utilità per i pazienti e l'efficienza delle risorse sono principi guida fondamentali. Dal punto di vista dei pazienti, l'IPP incrementa il valore qualora la sua attuazione sia riuscita, nel contempo assorbe molte risorse in seguito a complessi processi di coordinamento, ulteriori esigenze di comunicazione e non da ultimo anche a causa di attività di perfezionamento e aggiornamento integrative.

Dunque, una struttura volta a potenziare l'utilità costituita da formati interprofessionali di perfezionamento e aggiornamento è preceduta da un'analisi specifica dell'organizzazione: in quali situazioni di assistenza sono necessarie le competenze di diverse professioni in stretto coordinamento processuale o addirittura contemporaneamente? Dove si trovano intersezioni concrete negli ambiti di attività delle diverse professioni per le quali è possibile incrementare realmente sia l'utilità per i pazienti sia l'efficienza per mezzo dell'interprofessionalità? Maggiore è l'intersezione degli ambiti di attività condivisi di diverse professioni, più è preferita un'IPP accompagnata da processi di apprendimento comuni.

Occorre aspettarsi un'elevata efficacia dell'IPL ai fini di una maggiore utilità per i pazienti ed efficienza delle risorse in particolare per situazioni complesse, che richiedono un funzionamento senza intoppi del gruppo interprofessionale. Ne sono un esempio l'assistenza d'emergenza di pazienti

politraumatizzati oppure trattamenti complessi a causa di comorbilità e polimorbilità. In questo contesto, le categorie preferite per l'apprendimento IP sono soprattutto i **corsi di formazione interni alla clinica oppure i training di simulazione**, che consentono di sperimentare scenari (per esempio nell'assistenza d'emergenza) data l'immediata vicinanza al campo di applicazione. Le **discussioni interne di casi** sono invece volte allo scambio IP come spazio di apprendimento ampliato ai fini di un'istruzione informale tesa a futuri miglioramenti di processi e qualità. Un IPE efficace dovrebbe inoltre mirare a sviluppare **metacompetenze** che potenzialmente incentivino la gestione dell'IPP a livello processuale. Le metacompetenze si basano primariamente sui livelli direzione, sviluppo dell'organizzazione e gestione dei processi nonché sulla comunicazione.



Categorie favorite di IPL

Come risultato del presente studio, sono formulate le seguenti **aree d'intervento fondamentali, ognuna accompagnata da due raccomandazioni d'intervento (RI)** per IPE efficaci nella pratica:

1. **Definire competenze interprofessionali (RI1 e RI2)**, 2. **Creare spazi di apprendimento interprofessionali (RI3 e RI4)**, 3. **Accompagnare i processi di apprendimento interprofessionali (RI5 e RI6)**.



RI 1:

In campo clinico, l'IPL dovrebbe concentrarsi soprattutto su ambiti di prestazione complessi e che assorbono molte risorse, per i quali il gruppo IP può aumentare l'utilità per i pazienti attraverso un'IPP riuscita.

Le competenze necessarie devono essere rilevate in modo specifico e devono essere rese accessibili all'IPL.

RI 2:

Competenze dirigenziali in gruppi interprofessionali, assunzione di prospettive, miglioramento delle condizioni organizzative (appiattimento delle gerarchie, integrazione di processi di prestazione) e competenza nella gestione delle risorse (risorse in termini di personale, gestione di restrizioni finanziarie, ampliamento della digitalizzazione) sono importanti metacompetenze da favorire nel quadro di IPE e IPL.



RI 3:

Gli eventi formativi interni alla clinica o all'organizzazione sono un presupposto fondamentale per il successo dell'IPP e dunque dovrebbero essere favoriti e sostenuti maggiormente come spazi di apprendimento stanziando ulteriori risorse.

RI 4:

Dovrebbe essere incoraggiato l'IPL al di fuori dell'organizzazione per acquisire metacompetenze, purché nel processo di insegnamento e apprendimento sia consentito ai partecipanti di effettuare un confronto contestuale con il relativo istituto (riferimento individuale alla pratica).



RI 5:

Gli istituti del settore sanitario dovrebbero considerare maggiormente le offerte interne di IPL come opportunità per il successo dell'IPP e farle accompagnare metodicamente in modo professionale da incaricati di perfezionamento e aggiornamento.

RI 6:

IPE e IPL dovrebbero diventare parte integrante delle attività di perfezionamento e aggiornamento interne ed esterne per gli istituti del settore sanitario.