

Esperienze di formazione interprofessionale in simulazione

Experiences of interprofessional education in simulation

LICIA MONTAGNA¹, GIULIA GAMBALE², MARIA GRAZIA DE MARINIS²

¹ Istituto Clinico Humanitas

² Università Campus Bio Medico di Roma

Premessa: Negli ultimi anni l'inter-professionalità è divenuta un rilevante oggetto di studio sia dell'ambito pedagogico sia di quello sanitario. La necessità di una risposta unitaria alle esigenze di salute dei pazienti richiede, ai diversi professionisti, di integrare sinergicamente le proprie competenze e di lavorare insieme in modo costruttivo verso un fine comune. La formazione interprofessionale è riconosciuta dall'OMS come un'opportunità per preparare gli studenti delle professioni sanitarie alla pratica collaborativa. **Descrizione.** La formazione interprofessionale si avvale, tra le diverse modalità di insegnamento/apprendimento, anche di esperienze in contesti simulati perché consente di esporre gli studenti ai saperi, alle abilità e alle modalità di ragionamento clinico di altri ambiti disciplinari, di far esperienza del contributo che ciascun professionista porta nella gestione del problema clinico-assistenziale e di sviluppare molte delle competenze come di pratica collaborativa. A tal fine, la simulazione può mettere in campo un'ampia gamma di metodologie e tecniche che vanno dall'utilizzo dei giochi di ruolo all'uso di simulatori ad alta fedeltà. Nell'articolo vengono riportate alcune esperienze specifiche descritte nella letteratura internazionale e si discutono i fattori favorevoli e ostacolanti che ne influenzano lo sviluppo all'interno delle istituzioni accademiche. **Conclusioni.** La simulazione, già descritta come ottimale modalità di apprendimento di competenze cliniche specifiche di ogni professione sanitaria, rappresenta una metodologia di apprendimento che risponde anche alle esigenze della formazione interprofessionale fornendo un contesto di apprendimento rilevante per la pratica dei futuri professionisti della salute.

Parole chiave: Formazione interprofessionali, pratica collaborativa, simulazione, metodologie attive

Introduction. *In the last years, collaborative practice has become an important subject of study both for pedagogical and health disciplines. Complex health problems challenge different health professionals to integrate their competencies and to work together for common results. WHO recognized Inter-professional education to be an opportunity to prepare health care students and health professionals to collaborative practice.* **Description.** *Inter-professional education uses several methods of teaching/learning including Simulation. Experience in simulated contexts allows students and health professionals to learn skills and clinical reasoning from other disciplines, to experience the contribution of different health professionals to the management of clinical problems, and to develop many core skills of collaborative practice. Simulation can use a broad range of methodologies and techniques, such as role-playing or high-fidelity simulators. The article reports some specific experiences described in the international literature, and discuss favoring and hindering factors which influence its development within academic institutions.* **Conclusions.** *Simulation, already described as optimal way of learning specific clinical skills of any health profession, is also a learning method suitable for inter-professional education. It also provides a learning environment relevant to the practice of future health professionals.*

Indirizzo per la corrispondenza

Address for correspondence

Licia Montagna

Istituto Clinico Humanitas (IRCCS)

Via Alessandro Manzoni 56, 20089 Rozzano (MI)

e-mail: licia.montagna@humanitas.it

Key words: *Inter-professional education, collaborative practice, simulation, active methodologies*

Introduzione

Da oltre 20 anni, associazioni professionali e istituzioni internazionali hanno fatto dell'interprofessionalità un oggetto di studio in ambito clinico e pedagogico. Il motivo di questo crescente interesse è dettato dalle nuove esigenze di salute dei pazienti, che rimandano spesso a situazioni diagnostiche e assistenziali sempre più complesse e che richiedono interventi non più monodisciplinari, ma sinergici tra professionisti con competenze diverse. A fronte di queste nuove sfide, molti contesti sanitari nazionali e internazionali hanno iniziato a incorporare modelli collaborativi di assistenza sanitaria. La pratica collaborativa può essere definita come un "processo attraverso il quale le parti in gioco individuano i diversi aspetti di un problema, esplorano costruttivamente le proprie differenze e cercano soluzioni che vadano al di là della personale visione di cosa sia possibile" (Gray, 1989). Questa breve definizione ci mostra come, secondo questo approccio, la collaborazione non si gioca semplicemente nell'aver lo stesso obiettivo, ma nel lavorare costruttivamente insieme, mettendo a disposizione le proprie competenze e sapendo riconoscere le strategie più efficaci alla luce del problema da risolvere, al di là delle proprie valutazioni individuali. Provando a declinare questo concetto in ambito sanitario possiamo dire che la pratica collaborativa si realizza quando più professionisti, con differenti ruoli, lavorano assieme e includono nel loro lavoro pazienti, familiari, *caregiver* e membri della comunità, con la finalità di collaborare tutti nella direzione di integrare sinergicamente le proprie competenze ed esperienze verso un fine comune che è appunto la cura del paziente. Quando questo accade, possiamo dire che si realizza un alto grado di qualità assistenziale (Gilbert et al., 2010).

Per comprendere il significato profondo della collaborazione e della cooperazione alla base della pratica collaborativa, è forse però opportuno andare alle radici di questo concetto, radici che appartengono al mondo della ricerca psicologica e successivamente al mondo dell'educazione. Il concetto di pratica collaborativa o *cooperative learning* è un concetto che nasce in ambito psicologico dalle ricerche di un allievo di Kurt Lewin, Morton Deutsch (1951), interessato a comprendere in cosa si differenziavano i gruppi cooperativi da quelli in cui i membri erano interessati a lavorare individualmente e in competizione tra loro. Le ricerche di Deutsch sono state poi estese da alcuni suoi allievi al campo scolastico ed educativo facendo del *cooperative learning*, prima ancora che un metodo di insegnamento e apprendimento, un vero e proprio movimento educativo atto a promuovere nella scuola modalità non tradizionali di insegnamento come per esempio il lavoro di gruppo (Atzei, 2003). Il *cooperative learning* nasce quindi come movimento educativo, ma assume successivamente tutte le caratteristiche di un metodo di apprendimento, in cui si sostiene che per far lavorare bene le persone non basta assegnare loro

un compito e neanche intervenire sulle dinamiche negative tra i componenti del gruppo, bensì è necessario lavorare sullo scopo comune, che è all'origine dello stesso lavorare insieme. Per la prima volta con questo approccio si mette in evidenza che è l'obiettivo del gruppo a creare il legame tra i membri e che è il riconoscimento, la diversità come risorsa al conseguimento del risultato, a generare la motivazione e ad alimentare il motore stesso del lavorare insieme. Nel *cooperative learning*, dunque, l'interdipendenza positiva, ovvero la consapevolezza dei membri di "dipendere" gli uni dagli altri insieme a altre competenze quali: la competenza comunicativa e relazionale, la responsabilità individuale e la capacità di revisionare e valutare il lavoro comune, rappresentano gli elementi fondamentali del lavorare efficacemente in un gruppo con effetti non solo sul risultato finale, ma anche sui partecipanti stessi in termini di: riduzione dello stress, aumento del senso di auto efficacia e di stima di sé, ampliamento degli obiettivi stessi del gruppo.

Se decliniamo il concetto di *cooperative learning* in ambito sanitario parliamo di collaborazione interprofessionale (IC), un concetto che va distinto da un approccio multidisciplinare, perché non si tratta semplicemente di mettere al servizio del paziente competenze diverse effettuate in momenti diversi, ma di un intervento in cui professionisti diversi condividono saperi, esperienze e abilità; apprendono gli uni dagli altri attraverso processi comunicativi efficaci quale sia la strategia migliore per far fronte al problema di salute del paziente; prendono decisioni in modo condiviso e responsabile.

A livello internazionale, i contesti più sensibili alla pratica collaborativa sembrano essere quelli in cui afferiscono problemi le cui componenti sociali e sanitarie sono praticamente impossibili da disgiungere e che richiedono, dunque un approccio assistenziale complesso, vedi ad esempio: la salute della famiglia e della comunità; le patologie collegate a povertà, carenza dei sistemi sanitari; le disuguaglianze di genere come tubercolosi, malaria, HIV, o le devastanti conseguenze sulla salute determinate da guerre, situazioni di povertà o catastrofi naturali (*World Health Organization*, 2010). Nei paesi industrializzati, la crescente attenzione verso la IC è giustificata soprattutto dalle nuove modalità organizzative e assistenziali richieste per supportare adeguatamente i malati cronici (*World Health Organization*, 2006), che rappresentano la sfida principale dei sistemi sanitari occidentali nel XXI secolo (Pruitt e Epping-Jordan, 2005). Ma a fronte di questi contesti sensibili, la letteratura descrive la pratica collaborativa/interdisciplinare come una *core competence* sempre più essenziale anche per far fronte a errori clinici e a una sempre più diffusa mancanza di unitarietà nelle risposte di cura alla base di molti rischi per la sicurezza del paziente (Gilbert et al., 2010). Accanto a questi dati la pratica collaborativa sembra influire positivamente su indicatori quali l'accesso e il coordinamento dei servizi, l'appropriato uso di risorse sanitarie e la sicurezza del pa-

ziente. La letteratura documenta anche una maggiore soddisfazione per le cure ricevute e una più efficace gestione dei sintomi nei pazienti con patologie croniche o con prognosi infausta, assistiti con approcci interprofessionali. Mentre nei servizi di salute mentale la pratica collaborativa sembra promuovere una migliore accettazione del trattamento, ridurre la durata e i costi delle terapie e diminuire il numero delle ospedalizzazioni (World Health Organization, 2010).

La formazione interprofessionale

Nel 2009 sei associazioni di college americani per professionisti della salute hanno riunito esperti di formazione in Medicina, Infermieristica, Odontoiatria, Osteopatia, Farmacia e Salute pubblica al fine di sviluppare una *core competence* per la pratica collaborativa interprofessionale (Schmitt et al., 2011). I risultati di questo sforzo congiunto hanno condotto alla definizione di 4 macro-aree che raggruppano una serie di competenze interprofessionali di base, che ogni professionista della salute deve poter raggiungere nel proprio percorso formativo. Nella 1° macro-area “valori ed etica della pratica collaborativa” sono comprese le capacità richieste per costruire un sistema di valori condivisi e per fondare e mantenere il necessario clima di rispetto reciproco; nella 2° macro-area “ruoli e responsabilità” vengono descritte le conoscenze relative ai ruoli di ciascun professionista al fine di poter utilizzare in modo appropriato le competenze di ciascun membro del gruppo interprofessionale; la 3° macro-area descrive le competenze e le abilità comunicative che sostengono relazioni efficaci tra pazienti, famiglie, comunità e professionisti sanitari; alla 4° e ultima macro-area appartengono le competenze che consentono di mettere in atto strategie di team-working per perseguire obiettivi condivisi. In definitiva, la formazione interprofessionale deve aiutare ogni suo componente ad avere la percezione di non essere solo di fronte la complessità dei problemi da affrontare e nello stesso a sviluppare una cultura della condivisione e della comunicazione tra professionisti. Questo significa che, affinché la pratica collaborativa possa trovare concreti spazi di realizzazione, le competenze dei singoli curanti devono essere sostenute da una molteplicità di fattori che fanno riferimento a sistemi culturali, professionali ed educativi, che riconoscano e promuovano la diversità come un patrimonio comune dal valore irrinunciabile oltre che a fattori organizzativi in grado di facilitare la pratica collaborativa, anche attraverso una congrua disposizione di risorse e di strumenti di coordinamento e comunicazione (Simeoni e De Santi, 2009).

Molte sono le evidenze che riconoscono la formazione interprofessionale come un'occasione insostituibile per preparare gli studenti delle professioni sanitarie alla pratica collaborativa. L'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove da decenni modelli di cura interprofessionali (Baker et al., 2008) e nel Report del 1988 *Learning together*

to work together ha chiaramente definito che la finalità della formazione interprofessionale è quella di: “assicurare ai professionisti della salute la capacità di lavorare insieme per incontrare i bisogni della popolazione” (World Health Organization, 1988). Nel 1997, la formazione interprofessionale è stata definita dal CAIPE una situazione di apprendimento che si verifica “quando due o più professioni apprendono con, da e su ognuna di esse con l'obiettivo di migliorare la collaborazione e la qualità della cura”. Nel 2003 l'Istituto di Medicina (IOM) ha espresso in un documento che le istituzioni accademiche e le organizzazioni sanitarie devono approfondire un impegno costante per l'educazione interprofessionale (Institute of Medicine, 2003). Infine nel 2012 a San Diego (California) in occasione dell'*Interprofessional Education and Healthcare Simulation Symposium* è stato ribadito che la qualità dell'assistenza dipende dalle capacità del team a cooperare e comunicare. Si tratta in sostanza di messaggi in cui si sollecitano competenze interpersonali e di leadership e la promozione di contesti formativi, che consentano agli studenti e ai professionisti di esplorare e di confrontarsi sulla quantità e sulla varietà delle relazioni fra i diversi elementi di un problema e di sviluppare proposte risolutive, che vadano oltre i contributi delle singole discipline. Questo è auspicabile sin dalla formazione universitaria di base, dove per esempio gli studenti sono poco esposti a conoscere e comprendere ruoli e le responsabilità degli altri professionisti con cui verranno a contatto nella loro pratica futura. Studi evidenziano per esempio come attitudine negativa verso le altre professioni si sviluppano proprio durante gli anni di base (Reeves et al., 2010).

Nonostante la ricerca richieda ancora sforzi per ottenere più solide evidenze scientifiche sulla formazione interprofessionale (Reeves et al., 2010), i riferimenti teorici lasciano supporre che essa possa essere più incisiva quando vengono utilizzati i principi dell'apprendimento degli adulti con metodi aderenti alle esperienze degli studenti, capaci di sollecitare il coinvolgimento emotivo e cognitivo del singolo e del gruppo e soprattutto in cui gli studenti possono avere un'esperienza rilevante di ciò che accadrà loro nella pratica futura. L'esperienza attiva, la riflessione e l'apprendimento contestuale associati ai principi dell'apprendimento adulto risultano facilitare l'apprendimento interprofessionale. Le esperienze di formazione interprofessionale utilizzano spesso anche ambiti di tirocinio in contesti dove la qualità delle relazioni e dei processi superano con più facilità le asimmetrie di potere a favore di strategie di negoziazione e di costruzione di comuni obiettivi. In questo senso, la Geriatria (19), la Primary Health Care (20), la Rural Medicine (21), la Medicina riabilitativa (22) sono generalmente ambiti privilegiati di tirocinio interprofessionale proprio perché in essi è più evidente la necessità di risposte integrate e i professionisti hanno maggior dimestichezza con la pratica collaborativa.

Il contributo della simulazione alla formazione interprofessionale

Dagli anni '90 in poi e grazie al contributo di diverse professioni sanitarie, nelle facoltà di medicina sono aumentate le esperienze di formazione in situazioni simulate per costruire abilità, conoscenze e atteggiamenti negli studenti che sono in formazione. La simulazione utilizza contesti controllati che, mentre riproducono o evocano aspetti sostanziali dei contesti clinici reali, proteggono il paziente da inutili errori. Dal punto di vista dell'apprendimento il contesto simulato consente di sviluppare il pensiero critico, le capacità decisionali, le abilità tecniche e comunicative. Come tutti gli ambienti protetti, la simulazione permette agli studenti di apprendere nuove procedure, di affinare le proprie competenze prima di essere esposti alla cura reale del paziente e soprattutto di condividere la responsabilità del proprio agire nella presa in carico del paziente. Gli elementi distintivi che la contraddistinguono fanno riferimento a fattori riferibili alla possibilità di: *feedback* immediato durante l'apprendimento; esercitazioni ripetute; realizzazione di esperienze lungo tutto il percorso curriculare; sperimentazione di crescenti livelli di difficoltà di performance; utilizzo di più strategie di apprendimento; diversificazione delle situazioni cliniche (Issenberg et al., 2005).

La simulazione, oltre a essere una modalità di formazione utile nell'ambito delle specifiche professioni, può costituire un'opportunità di avvio, implementazione e miglioramento anche della formazione interprofessionale per sviluppare pratica collaborativa. Lo scenario simulato, infatti, ha il vantaggio di esporre gli studenti ai saperi, le abilità, le modalità di ragionamento clinico di professionisti al di fuori del proprio profilo professionale, avendo dunque la possibilità di iniziare ad apprezzare il contributo che ogni membro del

team può dare nella presa in carico del paziente (Jeffries et al., 2008). Nel 2011, la *Society for Simulation in Healthcare* (SSH) e la *National League for Nursing* (NLN) hanno identificato la simulazione come un'occasione per migliorare la formazione interprofessionale attraverso l'uso di un'ampia gamma di metodologie e tecniche volte a sviluppare soprattutto abilità comunicativo-relazionali, *team working*, fiducia e collaborazione, considerate parole chiave per promuovere il clima di collaborazione alla base dell'approccio interprofessionale. Salas ha identificato un modello di competenze al *team working* in cui sono presenti tutte le componenti che concorrono a sviluppare una buona comunicazione e coordinamento tra i membri del gruppo (Salas et al., 2005). Queste competenze rappresentano a tutti gli effetti le competenze alla base della pratica collaborativa, che come abbiamo visto si fondano sull'interdipendenza positiva. Salas et al. individuano nel training simulato al *team working* il contesto di apprendimento più adatto per sviluppare sia competenze legate alla performance (cosa si deve fare) sia competenze legate ai processi (come si raggiunge l'obiettivo). Il dispositivo della simulazione, infatti, permette ai partecipanti di ricevere un *feedback* costruttivo e orientato al miglioramento della performance oltre che dare al gruppo l'opportunità di sperimentare in un setting protetto le competenze interpersonali richieste nel *team working*, acquisire maggiore esperienza e apprendere dai propri errori (Tab. I).

Nonostante il lavoro sinergico di un team sia fondamentale per una risposta efficace e sicura al bisogno del paziente, l'alto livello di stress, il rischio che ci si deve assumere in certe decisioni e la pressione data dai tempi organizzativi fanno del *team working* una modalità di lavoro complessa da sostenere, non sempre efficiente e che richiede formazione. In sostanza si deve imparare a lavorare insieme.

<i>Competenze di Team Working</i>	<i>Definizione</i>
Team Leadership	L'abilità di dirigere e coordinare le attività degli altri membri del gruppo, valuta la performance del team, sviluppa conoscenza, abilità e tecniche di gruppo, motiva i membri e stabilisce un clima positivo
Monitoraggio reciproco della performance	L'abilità di mettere in pratica strategie e compiti atti a sviluppare una comprensione comune dello stress, delle capacità e del contesto esterno al gruppo
Comportamenti di supporto	La capacità di anticipare i bisogni degli altri membri del gruppo attraverso la conoscenza delle loro responsabilità
Adattabilità	La capacità di adattare le strategie del gruppo e modificare il corso delle azioni attraverso le informazioni che derivano dal contesto e grazie all'uso di comportamenti di supporto e la ricollocazione delle risorse del team
Orientamento del team	L'attitudine a considerare il comportamento degli altri durante le interazioni e la fiducia nell'importanza degli obiettivi del gruppo su quelli dei singoli membri
Condivisione di modelli mentali	La comprensione di fondo che condividono i membri del gruppo tra di loro
Fiducia mentale	La fiducia condivisa tra i membri del gruppo che ognuno svolgerà la propria performance e proteggerà l'interesse dei propri colleghi
Comunicazione retroattiva	Lo scambio di informazioni reciproco tra emittente e destinatario

In un rapporto di *Joint Commission* del 2011 circa il 70% degli eventi sentinella all'interno di gruppi professionali è imputabile a problemi di cattiva comunicazione (Motola et al., 2013). La letteratura mette in luce che i maggiori ostacoli alla pratica collaborativa siano legati a fattori quali: ambiguità nella gestione dei ruoli, tensioni legate alla gerarchia tra diversi profili professionali (medici e infermieri per esempio), differenze di genere, culturali, educative e sociali. L'ambiguità nei ruoli è spesso legata ad una confusione nella valutazione delle reciproche competenze e nella incapacità di riconoscere i limiti di responsabilità e di azione reciproche. Questa confusione può essere legata ad aspettative che un membro del gruppo può avere sull'altro, oppure da aspetti interpersonali che influenzano la funzionalità stessa dei ruoli, per cui pur riconoscendo le reciproche aspettative subentrano fattori personali che impediscono il buon funzionamento dei ruoli. Spesso professionisti competenti lavorano molto bene da soli, ma posti all'interno di un team hanno difficoltà a integrarsi e collaborare, a condividere, ad abbandonare una visione individualistica del risultato. Molti degli aspetti che impediscono un lavoro sinergico nel gruppo sono legati fondamentalmente alla comunicazione interpersonale e alla leadership e possono essere risolti solo attraverso una comunicazione aperta e attraverso processi di condivisione dei reciproci saperi e abilità. In questo senso la simulazione e il successivo *debriefing* offrono un contesto concreto in cui fare esperienza del contributo che ciascun profilo professionale porta nella gestione di un problema clinico assistenziale. Questo è il motivo per il quale la letteratura auspica che la formazione interprofessionale sia inserita già nella formazione di base, dove per esempio medici e infermieri, ma anche altri profili professionali, vengono formati secondo quadri teorici, valori e credenze specifiche e slegate tra loro, influenzando in modo implicito diverse priorità e obiettivi di cura al paziente. L'introduzione di una formazione interprofessionale e di *collaborative learning* potrebbe in questo senso contribuire a far decrescere il divario culturale e valoriale tra professionalità diverse, al fine di promuovere una cultura della collaborazione basata sulla conoscenza reciproca dei valori alla base del proprio agire professionale (Jeffries et al., 2008), aiutando non da ultimo i futuri professionisti a condividere l'unico e forse più importante scopo comune del proprio agire professionale, ovvero la centralità del paziente nel processo di cura.

Esperienze di formazione interprofessionale con simulazione

In letteratura vengono riportati molti esempi di simulazione per la costruzione di competenze interprofessionali (Rosen et al., 2008a,b; Shapiro et al., 2008; Salas et al., 2009;

Rosen et al., 2010; Weaver et al., 2010a,b,c,d). Si tratta di esperienze che non si discostano dalle esperienze di simulazione sviluppate per altri obiettivi e contesti formativi, se non per il fatto che, in questi casi, l'utilizzo dei giochi di ruolo, in una fase iniziale e l'uso di simulatori ad alta fedeltà, in fasi successive, sono tra gli strumenti privilegiati di apprendimento (Motola et al., 2013).

Le componenti chiave per realizzare programmi di formazione interprofessionale con simulazione ripercorrono le stesse strade di ogni buona progettazione didattica e sono state così sintetizzate da Salas (Salas et al., 2008):

1. identificare le necessità formative in termini di interprofessionalità come un punto di riferimento per la progettazione della simulazione (per esempio il *crew resource management CRM*, il *team building*) così da orientare i contenuti dell'intervento. Questa fase è molto importante e deve tener conto delle esigenze e aspettative dell'organizzazione;
2. progettare obiettivi congruenti con i bisogni riscontrati;
3. ispirare tutto il processo ai risultati attesi dalla formazione interprofessionale in termini di conoscenze, abilità e attitudini e alle risorse a disposizione per la didattica. In sostanza prestare particolare attenzione alle risorse disponibili;
4. esporre gli studenti a una pratica guidata. Una strategia vincente in questo senso è quella di abbinare metodi tradizionali come le lezioni con dimostrazioni sul campo e simulazioni;
5. creare scenari realistici, simili a quelli che i partecipanti incontreranno nei loro contesti di lavoro;
6. prevedere sempre il *debriefing* che deve essere descrittivo (ovvero basarsi su fatti osservati), tempestivo (durante o immediatamente dopo la simulazione) e pertinente (legato agli obiettivi definiti in sede di *briefing*);
7. ampliare la valutazione ai risultati clinici, ai comportamenti e ai risultati di apprendimento;
8. sostenere e rinforzare i comportamenti interprofessionali desiderati attraverso il *coaching* e la valutazione delle prestazioni.

Salas et al. sollecitano affinché l'implementazione di percorsi di simulazione per il *team working* s'innestino in contesti in cui è già presente una cultura al lavoro di gruppo e che la formazione preveda una progressione di complessità; per esempio è più facile che un novizio che non ha esperienza di *team working* si senta inizialmente spaesato, mentre sicuramente uno studente degli anni più avanzati oppure un professionista esperto abbia necessità di una casistica più complessa. Questo per dire che può essere molto utile che nelle fasi iniziali sia più facile coinvolgere gli studenti attraverso metodi come il *role playing* o la discussione di incidenti critici o la discussione di casi, mentre nelle fasi più avanzate del percorso formativo o per professionisti esperti sia necessario l'utilizzo di strumenti *high-fidelity* che presentano complessità maggiori.

La letteratura offre esempi di implementazione di corsi

nella formazione di base che mostrano possibili modelli di esperienze interprofessionali tra studenti.

Nel 2004 presso la Rosalind Franklin University of Medicine di Chicago sono stati implementati due corsi: *Inter-professional Healthcare Team Course* e *Culture in Healthcare* (Bridges et al., 2011). Il primo corso è rivolto a circa 480 studenti del primo anno di diversi corsi di laurea di medicina e delle professioni sanitarie: medici, ortopedici, infermieri, clinici di laboratorio, radiologi, infermieri di sala, anatomo patologi e psicologi. Gli studenti sono divisi in 16 gruppi interprofessionali, ciascuno coordinato da un docente/facilitatore. Il corso si articola in tre sessioni per la durata complessiva di 7 mesi. La prima sessione (5 sessioni di lavoro di circa 90 minuti ciascuna) è prevalentemente didattica e orientata a mettere gli studenti nella condizione di costruirsi un significato sui concetti di team interprofessionale e pratica collaborativa, attraverso metodologie attive quali i *role playing* e la discussione i casi. Obiettivi generali di questa parte sono: a) discutere e approfondire cosa sia un team interprofessionale; b) analizzare le caratteristiche di un team che collabora secondo un approccio centrato sul paziente; c) discutere incidenti critici e situazioni in cui è richiesto dai professionisti della salute di sostenere e promuovere la salute dei cittadini. In questa parte gli studenti imparano competenze e saperi riguardanti il proprio profilo professionale, ma grazie al confronto, sono stimolati a conoscere e comprendere anche le competenze dei futuri colleghi. Due studenti a turno sono invitati a moderare la discussione in classe allo scopo di sviluppare la loro abilità di leadership e di parlare in pubblico. La seconda sessione del corso riguarda un *setting* di apprendimento esperienziale. Gli stessi gruppi interprofessionali sono chiamati successivamente a realizzare un progetto nell'ambito dell'educazione sanitaria e legato ai bisogni del proprio territorio. Il progetto può riguardare l'area del benessere, dell'educazione alimentare, della prevenzione (screening ecc.) o interventi di educazione del paziente, in qualsiasi caso i progetti devono rispondere ai bisogni della comunità. Gli studenti vengono facilitati nella scelta del progetto, per esempio fornendo esempi di progetti passati sui quali possono ispirarsi, e vengono supportati durante la pianificazione delle fasi. Al termine del percorso ogni gruppo deve produrre un poster del progetto, che viene presentato in una giornata aperta ai partner presenti sul territorio invitati dall'università a supervisionare i progetti e dare *feedback* agli studenti.

L'ultima sessione di questo percorso è un'esperienza clinica facoltativa. Gli studenti interessati, divisi in piccoli gruppi interprofessionali, hanno la possibilità di seguire un paziente, osservare le sue attività, raccogliere i suoi bisogni e discutere in momenti di debriefing i seguenti punti: a) in che modo le loro figure professionali potrebbero contribuire alla presa in carico di quel paziente; b) quali altre competenze sarebbero necessarie e per rispondere a quali bisogni; c) quali altre informazioni dovrebbero raccogliere dal paziente per approntare un corretto piano di trattamento.

Il secondo corso, dal titolo *Culture in Healthcare*, è focalizzato sulla diversità interculturale e il suo impatto sul processo di cura del paziente. Il corso si articola in due fasi: la progettazione di un intervento di educazione del paziente e la conduzione di un colloquio simulato. Durante la fase di progettazione gli stessi gruppi interprofessionali (sono mantenuti sempre gli stessi gruppi) devono improntare un intervento di educazione del paziente utilizzando strumenti culturalmente pertinenti al paziente/gruppo a cui è rivolto l'intervento. Nel preparare il progetto, gli studenti sono invitati a riflettere sul ruolo delle credenze culturali nell'assunzione di comportamenti e stili di vita salutari e di come la cultura influenzi i risultati dell'intervento educativo. I progetti vengono successivamente presentati e discussi tra pari.

Per quanto riguarda il colloquio simulato gli studenti (compresi coloro che frequentano gli anni clinici) vengono divisi in piccolo gruppo con un paziente simulato e un tutor, che svolge una funzione di facilitatore. Il paziente simulato interpreta un paziente diabetico. Gli studenti hanno come obiettivo del colloquio quello di raccogliere la storia clinica del paziente e le abitudini di vita e discutere con il paziente gli esiti degli esami. Un debriefing dopo la simulazione si propone di riflettere sulle competenze comunicative relazionali e la sensibilità agli aspetti culturali utilizzati all'interno del colloquio.

Al termine di entrambi i corsi vengono organizzati *focus group* rivolti sia a studenti sia a facilitatori per valutare il processo formativo e apportare eventuali modifiche al corso.

Un'altra esperienza di formazione interprofessionale riportata in letteratura è quella dell'Università di Washington, sede di 6 scuole professionali: Medicina, Farmacia, Infermieristica, Scienze Sociali, Igiene Pubblica e Odontoiatria. Il corso prevede una piattaforma nella quale gli studenti appartenenti ai diversi corsi di laurea possono apprendere "con, da e su" gli uni dagli altri al di fuori dei programmi didattici presenti nei rispettivi curricula, in più sono presenti attività integrate, co-curricolari ed esperienziali. Uno degli aspetti che ci interessa di questo percorso, che prevede anche un'esperienza sul territorio, è senz'altro la simulazione di un *teamwork* interprofessionale nella quale gli studenti sono chiamati a intervenire in condizioni di emergenza su un paziente simulato. I casi simulati riguardano il peggioramento di un episodio asmatico acuto in pronto soccorso, una severa aritmia cardiaca in terapia intensiva, un paziente che si presenta al pronto soccorso con un episodio acuto di mancanza di respiro e due casi di scoperta di errori medici. Gli studenti hanno a disposizione una presentazione online che permette loro di avere le informazioni necessarie sugli strumenti della simulazione da consultare prima come orientamento (strumenti di monitoraggio, manichini, carrello delle emergenze). La simulazione si basa sull'apprendimento delle seguenti competenze interprofessionali:

1. rispettare i ruoli e gli approcci ai problemi clinici e sociali del proprio profilo e di quello delle altre discipline;

2. consultarsi con altri professionisti quando la situazione esce dai propri ambiti di competenza;
3. collaborare efficacemente con le altre figure professionali nelle fasi di valutazione, pianificazione, erogazione e monitoraggio della cura con la finalità di ottimizzare i risultati sul paziente;
4. collaborare con le altre figure professionali in diversi contesti e *setting*;
5. proporre agli altri membri del team problemi o preoccupazioni che possono mettere a repentaglio i risultati sul paziente;
6. dimostrare capacità di raccogliere consenso e appropriate abilità di negoziazione e gestione del conflitto;
7. soddisfare i ruoli di leader designato o situazionale;
8. aiutare nell'identificare e superare barriere alla collaborazione interprofessionale.

Fattori ostacolanti e favorevoli lo sviluppo della formazione interprofessionale e dei programmi di simulazione

Bridges et al. (2011) nel suo articolo sulla pratica efficace nella formazione interprofessionale evidenzia che un curriculum interprofessionale richiede un impegno significativo e sinergico da parte di tutti coloro che ruotano attorno alla formazione dei professionisti della salute: l'università, l'amministrazione, la faculty, i tutori delle professionalità coinvolte. Si tratta in sostanza di un importante lavoro di rete e condivisione, che costituisce il terreno su cui poggia la pianificazione curriculare. Inoltre, il successo di un curriculum interprofessionale risiede nella formazione della faculty e dei tutori alla relazione tutoriale per renderli sicuri di sé nella relazione con gli studenti. Inoltre è molto importante che le finalità dei corsi proposti vengano condivise tra i docenti.

Nonostante l'importanza che la simulazione riveste per la formazione interprofessionale, ci sono diverse questioni che costituiscono barriere effettive al suo pieno sviluppo e diffusione. Le difficoltà si ravvisano in alcuni elementi caratterizzanti quali: l'eterogeneità dei ruoli e delle competenze chiamate in gioco con la conseguente complessità di analisi dei bisogni formativi; l'affidabilità degli strumenti valutativi con cui fornire un *feedback* diagnostico e correttivo; i vincoli temporali del curriculum.

A esse si sommano i fattori ostacolanti degli stessi programmi di formazione interprofessionale che possono essere riassunti nelle seguenti tipologie: strutturali (ad es. la mancanza di spazi idonei e di risorse finanziarie); legati agli atteggiamenti (ad es. le resistenze al cambiamento); curricolari (ad es. la rigidità dei piani di studio; la scarsa formazione dei docenti); disciplinari (ad es. approcci riduzionisti alla conoscenza, la mancanza di conoscenza di altre professioni); contestuali legati anche alla creazione di un senso di comunità che vada oltre la dimensione disciplinare.

Durante il simposio nell'*Interprofessional Education and*

Healthcare Simulation, già precedentemente citato, sono stati identificati dieci passi concreti che ciascuno può compiere per contribuire a diffondere la formazione interprofessionale e l'uso della simulazione nei contesti sanitari:

1. esaminare le assunzioni personali, conoscenze e abilità in tema della simulazione nella formazione e nello sviluppo dell'interprofessionalità;
2. identificare ed esplorare possibili partner che possano influenzare e promuovere la simulazione nella formazione interprofessionale nel proprio contesto;
3. creare spazi informali di formazione o presentazione della formazione interprofessionale attraverso la simulazione possano essere discusse e condivise;
4. promuovere la formazione interprofessionale attraverso la creazione di una piattaforma virtuale in cui le persone possano discutere o apprendere le une dalle altre;
5. partecipare a conferenze nazionale o internazionale per conoscere meglio la formazione interprofessionale attraverso la simulazione;
6. pubblicare su questi temi; aggiornarsi sulle evidenze in termini di qualità e sicurezza nella cura del paziente; avere accesso a portali internazionali (MedEdPortal or I-collaborative);
7. aggiornare gli scenari simulati sulla base delle evidenze in termini di competenze interprofessionali e utilizzare questi aggiornamenti per pianificare e implementare il *team working*;
8. utilizzare strumenti di valutazione focalizzati specificamente sull'interprofessionalità (i.e., RIPLS, EPS, IAQ, ecc.).

Concludiamo facendo nostre molte delle sollecitazioni provenienti dalla letteratura che, nonostante le difficoltà e l'impegno che la formazione interprofessionale richiede, dimostrano la necessità di proseguire e investire in questo ambito. Le motivazioni maggiori risiedono nella qualità che l'approccio interprofessionale garantisce sul piano della cura del paziente. La simulazione, come abbiamo visto, rappresenta una metodologia di apprendimento che risponde alle esigenze della formazione interprofessionale fornendo un contesto di apprendimento rilevante per la pratica dei futuri professionisti della salute.

Bibliografia

- Atzei P. *La gestione dei gruppi nel terzo settore*. Guida al Cooperative Learning. Roma: Carocci Faber 2003.
- Baker C, Pulling C, McGraw R, et al. *Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care*. J Adv Nurs 2008;64:372-9.
- Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, et al. *Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education*. Med Educ Online 2011;16:6035.
- Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. *A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. J Allied Health 2010;39(Supp 1):196-7.

- Gray B. *Collaborating: finding common ground for multiparty problems*. San Francisco: Jossey-Bass 1989.
- Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, et al. *Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review*. *Med Teach* 2005;27:10-28.
- Institute Of Medicine. *Patient safety, achieving a new standard of care*. Washington, DC: National Academy Press 2003. <http://www.iom.edu/CMS/3809/4629/16663.aspx> (accessed May 30, 2008).
- Jeffries PR, McNelis AM, Wheeler CA. *Simulation as a vehicle for enhancing collaborative practice models*. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2008;20:471-80.
- Motola I, Devine LA, Chung HS, et al. *Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82*. *Med Teach* 2013;35:e1511-30.
- Pruitt SD, Epping-Jordan JE. *Preparing the 21st century global healthcare workforce*. *Brit Med J* 2005;330: 637-9.
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, et al. *The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review*. *J Interprof Care* 2010;24:230-41.
- Rosen MA, Salas E, Wilson KA, et al. *Measuring team performance in simulation-based training: adopting best practices for healthcare*. *Sim Health* 2008a;3:33-41.
- Rosen MA, Salas E, Wu TS, et al. *Promoting teamwork: an event-based approach to simulation-based teamwork training for emergency medicine residents*. *Acad Emerg Med* 2008b;15:1190-8.
- Rosen MA, Weaver SJ, Lazzara EH, et al. *Tools for evaluating team performance in simulation-based training*. *J Emerg Trauma Shock* 2010;3:353-9.
- Salas E, Sims DE, Burke CS. *Is there a "Big Five" in teamwork?* *Small group research* 2005;36:555-99.
- Salas E, Diazgranados D, Weaver SJ, et al. *Does team training work? Principles for health care*. *Acad Emerg Med* 2008;15:1002-9.
- Salas E, Almeida SA, Salisbury M, et al. *What are the critical success factors for team training in health care?* *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35:398-405.
- Schmitt M, Blue A, Aschenbrener CA, et al. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education*. *Acad Med* 2011;86:1351.
- Shapiro MJ, Gardner R, Godwin SA, et al. *Defining team performance for simulation-based training: Methodology, metrics, and opportunities for emergency medicine*. *Acad Emerg Med* 2008;15:1088-97.
- Simeoni I, De Santi AM. *Comunicazione in medicina. Collaborazione tra professionisti sanitari*. Torino: SEEd 2009.
- Weaver SJ, Rosen MA, Salas E, et al. *Integrating the science of team training: guidelines for continuing education*. *J Contin Educ Health Prof* 2010a;30:208-20.
- Weaver SJ, Salas E, Lyons R, et al. *Simulation-based team training at the sharp end: a qualitative study of simulation-based team training design, implementation, and evaluation in healthcare*. *J Emerg Trauma Shock* 2010b;3:369-77.
- Weaver SJ, Lyons R, Diazgranados D, et al. *The anatomy of health care team training and the state of practice: A critical review*. *Acad Med* 2010c;85:1746-60.
- Weaver SJ, Rosen MA, Diazgranados D, et al. *Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation*. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010d;36:133-42.
- World Health Organization. *Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach*. World Health Organ Tech Rep Ser 1988;769:1-72.
- World Health Organization. *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: World Health Organization 2006.
- World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization 2010.