

La “Formazione Sul Campo (FSC)” come strumento di lavoro e crescita professionale: discussione di casi clinici e analisi delle procedure alla base degli outcomes riabilitativi, esempio di FSC

V.S. TOLLI¹, D. CIANCHELLA², M. CAZZETTA², N. SANTUCCI³

Introduzione

Il riordino della Formazione Continua in Medicina (programma ECM) voluto dalla Conferenza Stato-Regioni (L. n. 244/07), le indicazioni contenute negli atti di autonomia aziendale e i criteri per l'accreditamento istituzionale, hanno posto le basi per un rinnovato ruolo della formazione nelle aziende sanitarie e ospedaliere regionali. In tale contesto, l'adozione della metodica didattica detta Formazione sul Campo (FSC) rappresenta una indubbia innovazione. La FSC viene meglio definita come attività di controllo, di riflessione, di supervisione e ricerca, a partire dalle pratiche professionali e dalle problematiche nate nel contesto dell'attività lavorativa ed è uno dei modelli esemplificativi delle diverse tipologie ECM. La sperimentazione della FSC ha rappresentato uno degli obiettivi del Piano Formativo 2008 del San Raffaele Spa, che ha sostenuto la formazione connessa alle attività di reparto attraverso l'attivazione di audit clinici, quality group, incontri finalizzati alla standardizzazione di protocolli e procedure operative e l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici in campo riabilitativo. In questo lavoro, da un lato, vengono riportati l'esperienza e i risultati di un corso di FSC che ha visto un'intera équipe riabilitativa confrontarsi, durante l'attività lavorativa routinaria, attraverso la discussione di casi clinici di pazienti in carico alla U.O. di Riabilitazione Neuromotoria e, dall'altro, si è cercato di individuare e segnalare i punti di forza e/o criticità di tale innovativa “metodica didattica”, quale quella alla base di un FSC.

Scopo del lavoro

Gli scopi di questo lavoro sono sostanzialmente due:

1. definire e identificare al meglio i punti di forza e le criticità di una innovativa “metodica didattica”, quale quella dei corsi FSC, nel complesso, e spesso controverso, panorama dell'ECM;
2. nel caso specifico del corso “Discussione di casi clinici...”, effettuare un'analisi attenta degli outcomes finali e degli obiettivi riabilitativi individuati nella fase iniziale della presa in carico del paziente e da questa ripercorrere a ritroso le procedure riabilitative adottate nei singoli casi, col fine ultimo di consolidare, da un lato, alcuni aspetti di una “buona pratica riabilitativa” e, dall'altro, favorire l'acquisizione e l'aggiornamento di conoscenze teorico-pratiche in tema di procedure di tipo valutativo e terapeutico, volte sempre al “miglioramento continuo della qualità della vita” delle persone con patologie fortemente disabilitanti

Materiali e metodi

Per poter raggiungere gli scopi di questo lavoro si è proceduto nel seguente modo:

- costituzione di un gruppo di lavoro coincidente di fatto con l'équipe riabilitativa: medici, fisioterapisti, logopedisti, infermieri, psicologi, assistente sociale;
- utilizzo, come riferimento principale, di “Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT)” sistematizzati e ben codificati, anche per iscritto, e presenti all'interno dell'U.O. di Riabilitazione Neuromotoria; tra questi: 1. PDT generale, 2. PDT per malattia di Parkinson, 3. PDT per la Post-acuzie dell'Ictus Cerebrale, 4. PDT per la Sclerosi Multipla, 5. PDT per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite;
- riunioni mensili del gruppo di lavoro della durata di due ore e per nove mesi consecutivi, esclusivamente durante le attività di lavoro routinario;
- discussione di un solo caso clinico emblematico ad ogni riunione
- adozione di un “Diario di formazione sul campo”; gli elementi salienti indicati in tale diario, oltre alle firme di presenza, sono stati: analisi preliminare e individuazione delle problematiche, finalità, risultati attesi, indicatori di risultato;
- prova scritta iniziale, prima dell'inizio del corso vero e proprio, di ciascun componente dell'équipe sulle modalità di approccio e strategie in un caso clinico “d'apertura” del corso stesso, senza una discussione preliminare di gruppo;
- prova scritta finale, al termine del corso, su di un caso clinico “di chiusura del corso” e successiva valutazione della prova stessa.

Risultati

Nel corso delle discussioni di cui sopra, da una attenta disamina e confronto di obiettivi iniziali, procedure valutativo-terapeutiche adottate e outcomes, i componenti dell'équipe riabilitativa hanno tentato di individuare possibili ed eventuali soluzioni ottimali a quelle problematiche che hanno condotto a evidenti discrepanze tra aspettative del nucleo paziente/familiari, obiettivi riabilitativi individuati in fase iniziale di presa in carico e outcomes finali.

Sono stati analizzati 9 casi clinici:

- in cinque casi obiettivi riabilitativi, individuati in fase iniziale di presa in carico del nucleo paziente/famiglia, e outcomes finali sono risultati sostanzialmente sovrapponibili e, dunque, con un alto grado di corrispondenza e un percorso diagnostico-terapeutico (PDT) risultato, nel suo dipanarsi, sia efficiente che efficace;

- in tre casi gli outcomes finali sono apparsi inferiori alle aspettative dell'équipe riabilitativa;
- in un caso gli outcomes finali sono stati molto superiori agli obiettivi individuati in fase iniziale di presa in carico.

Inoltre, da un'attenta valutazione e analisi della prova scritta iniziale e di quella finale sono emersi, sostanzialmente, una eterogeneità di approccio e di strategie nella prima prova, pur considerando i diversi punti di vista corrispondenti alle singole professionalità costituenti l'équipe riabilitativa, rispetto a quella finale dove, viceversa e nonostante le sopra ricordate differenze legate alle diverse professionalità, è stata registrata una più omogenea visione in termini di obiettivi comuni e strategie di intervento.

Discussione

Appaiono doverosi due distinguo corrispondenti, di fatto, ai due punti elencati a proposito dello scopo del presente lavoro.

1. Una discussione relativa al corso FSC in sé e riguardante i casi clinici e l'analisi delle procedure di outcomes;
2. una discussione, più ampia e generale, su una "metodica didattica" che vuole essere innovativa, come quella della FSC in ambito ECM.

Discussione punto 1

In tutti i casi clinici studiati, al di là dei risultati finali, è stato confermato, innanzitutto, l'indubbio vantaggio dell'adozione, all'interno dell'Unità Operativa (U.O.), di PDT quali *strumento* e punti di riferimento per tutti i membri dell'équipe riabilitativa: ciò che ha permesso un buona sinergia e, dunque, un buon lavoro di squadra. Gli stessi PDT hanno ridotto sicuramente i margini di errore e, soprattutto, hanno evitato "deragliamenti" rispetto al "Timing" degli interventi riabilitativi. Il "Timing" degli interventi riabilitativi rappresenta uno dei fattori essenziali per poter solo pensare di raggiungere obiettivi adeguati.

In tutti i casi, l'analisi attenta e puntuale ha permesso di ribadire e sottolineare con più forza l'importanza di non poter prescindere da una pregnante conoscenza di alcuni concetti di base della moderna riabilitazione: il significato stesso di riabilitazione; il "modus operandi" dell'équipe riabilitativa *interdisciplinare* e non semplicemente multidisciplinare; la diagnosi riabilitativa diversa dalla diagnosi di malattia; la valutazione riabilitativa, in generale, e la valutazione funzionale, in particolare, non come fine, ma strumento utile a prendere decisioni; il significato di progetto riabilitativo di struttura; il progetto riabilitativo individuale con i suoi programmi riabilitativi e piani di trattamento specifici; soprattutto, "le aree di problematicità e di intervento" in riabilitazione. Per quest'ultimo aspetto, la disamina dei casi clinici ha permesso di ribadire, cosa relativamente nuova in questi ultimi anni, che, nel caso dell'U.O. di Riabilitazione Neuromotoria, le attività riabilitative si compendiano in "attività di reparto" e "attività di palestra" che, pur così apparentemente schematizzate, non devono intendersi di fatto così nettamente separate: "attività di reparto" e "attività di palestra" sono reciprocamente integrate, assolutamente complementari e, se così si può dire, "reciprocamente propedeutiche" al recupero delle autonomie.

Ancora, l'attività riabilitativa in seno all'U.O. passa attraverso l'individuazione di ben precise aree di intervento: esse sono molteplici e tutte tra loro reciprocamente integrate e legate da un filo conduttore comune rappresentato dal raggiungimento di quegli obiettivi principali individuati dal progetto riabilitativo. Praticamente, una rete complessa di aree di intervento ("Aree di problematicità e di intervento") che possono essere così riassunte:

- area medico-internistica o della stabilità internistica;
- area infermieristica col suo "nursing classico" e "nursing riabilitativo";
- area fisiatrica o riabilitativa propriamente detta.

Nei quattro casi clinici in cui è stata trovata una discordanza, in negativo o in positivo, tra obiettivi riabilitativi individuati in fase iniziale e outcomes finali, l'analisi a tutto campo ha permesso di evidenziare sostanzialmente:

- a. non adeguata valutazione di alcuni aspetti in fase iniziale di presa in carico e assenza di rivalutazioni altrettanto adeguate in itinere;
- b. non adeguata valutazione e realizzazione del "Timing" degli interventi riabilitativi.

Tra i due punti, quello più importante, ai fini della discordanza tra obiettivi iniziali e outcomes, è risultato essere il primo. In effetti, i singoli interventi terapeutici sono stati effettuati in maniera ineccepibile; tuttavia, non hanno condotto al risultato sperato proprio per una non oculata valutazione iniziale. In particolare, al di là di una puntuale definizione delle menomazioni e della disabilità complessiva, non è stata data la giusta importanza ad alcuni fattori che, generalmente, possono essere predittivi del recupero o meno e che condizionano l'intero progetto riabilitativo e, dunque, indirizzano verso la scelta di una modalità terapeutica e procedurale piuttosto che un'altra; tra questi fattori:

- l'età del paziente;
- il ruolo nella famiglia, nonché quello sociale e lavorativo, del paziente;
- la sede e la natura della lesione cerebrale (nel caso di gravi cerebrolesioni acquisite o nell'ictus cerebrale);
- l'epoca di insorgenza dell'evento acuto, nel caso di gravi cerebrolesioni acquisite o nell'ictus;
- durata della malattia nel caso di malattie neurodegenerative come nel Parkinson;
- presenza o meno di comorbidità e il grado di impatto delle stesse
- la presenza o meno di disturbi di tipo neuropsicologici;
- la non corretta interpretazione di alcune scale di valutazione funzionale patologia-indipendenti come la FIM (Functional Independence Measure) e la BI (Barthel Index) e alcune scale di valutazione patologia-dipendenti che, tra le varie caratteristiche, presentano generalmente una buona capacità predittiva riguardo al recupero funzionale e di alcune autonomie di base;
- la non puntuale rivalutazione/rivisitazione e analisi in itinere del paziente e del progetto riabilitativo complessivo.

Quanto al punto b, "il Timing", anch'esso ha avuto un ruolo importante, seppur relativo: d'altra parte si fa presente che la inadeguata realizzazione del "Timing" è stata spesso secondaria, cioè conseguenza di quanto al punto a.

Discussione punto 2

Come più sopra accennato, la Formazione Sul Campo (FSC) è stata definita quale attività di controllo, di riflessione, di supervisione e ricerca, a partire dalle pratiche professionali e dalle problematiche nate nel contesto dell'attività lavorativa ed è uno dei modelli esemplificativi delle diverse tipologie ECM.

L'analisi del corso FSC svolto e sopra riportato, insieme all'analisi di analoghi corsi effettuati nell'ambito di un Progetto di Formazione Aziendale del Gruppo San Raffaele Spa, ha permesso di ribadire l'importanza di alcuni punti di forza, più che di criticità, e già preventivamente identificati, di tale "metodica didattica" sicuramente innovativa nel panorama ECM.

In sintesi, punti di forza della FSC:

- in primis, acquisizione delle competenze immediate e applicabili sul lavoro;
- in secondo luogo, comprendere che l'operatore, il professionista, è il soggetto attivo del percorso formativo e che, con le sue criticità, la sua esperienza lavorativa potrà essere condivisa e confrontata con/nel il suo reparto o Unità Operativa.

Ancora, da quanto sopra, l'esigenza di risolvere e migliorare la propria professionalità direttamente sul luogo di lavoro sembra rappresentare il punto di forza maggiore della FSC, tanto che potrebbe essere adottata l'espressione "apprendere è il nostro lavoro".

In sintesi, l'analisi dell'applicazione di tale metodica formativa conduce alle seguenti considerazioni; in particolare, la FSC è un'attività formativa che è:

- continua e ben articolata in un tempo definito;
- specifica, in quanto finalizzata a risolvere un problema del contesto lavorativo;
- concreta, perché finalizzata a risolvere/ridurre problemi descritti secondo criteri di qualità;
- valutabile attraverso indicatori;
- finalizzata allo sviluppo continuo professionale in quanto correlata attraverso obiettivi di apprendimento al profilo professionale e alla collocazione organizzativa;
- dedicata alla singola articolazione organizzativa;
- delegata nella gestione la responsabile dell'articolazione organizzativa proponente;
- tutoriale.

Conclusioni

Anche per le conclusioni valgono i distinguo che hanno caratterizzato analisi e scopi di questo lavoro.

1. Per quanto riguarda il corso FSC specifico, che è stato oggetto congiunturale di disamina, esso è stato senza dubbio proficuo perché ha permesso, da un lato, di consolidare acquisizioni in tema di percorsi riabilitativi e, dall'altro, ha stimolato a ripensare alcune strategie clinico-riabilitative e di analisi procedurale. Restando nella sostanza della discussione e analisi dei casi clinici, da quanto sopra descritto emergono tre punti fondamentali, tra i tanti citati:

- l'importanza di avere dei percorsi riabilitativi ben codificati, sistematizzati e condivisi, ciò che riduce enormemente il rischio di fallimento di un intero progetto riabilitativo
 - la necessità improcrastinabile di effettuare una disamina attenta dei percorsi al termine degli stessi per poter cogliere eventuali discordanze tra obiettivi riabilitativi, individuati in fase iniziale, e outcomes finali e cogliere eventuali "punti deboli" nelle procedure adottate, al fine di un miglioramento e affinamento continuo delle stesse
 - necessità assoluta di attente e oculate verifiche/analisi periodiche *durante* il percorso riabilitativo per poter cogliere in itinere le eventuali discrepanze di cui al punto precedente, col fine ultimo di apportare adeguate correzioni e modifiche durante il dipanarsi del progetto riabilitativo stesso.
2. In generale, nel significato suo più ampio ma anche miliare, la FSC sembra rappresentare un importante strumento di lavoro e di crescita professionale insieme, nell'ambito della formazione continua in medicina e, più in particolare, in ambito riabilitativo. La FSC, in definitiva, sembra collocarsi tra quelle attività formative a forte impatto sulla vita organizzativa di una struttura operativa e, dunque, una strada da percorrere ancora.

Riferimenti bibliografici

- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano...Accordo Stato/Regioni concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina" del 1 agosto 2007.
- Decreto legislativo n° 502 del 30 dicembre 1992.
- Decreto legislativo n° 229 del 19 giugno 1999.
- Link alle normative ECM del sito del Ministero della Salute: <http://www.ministerosalute.it/ecm/normativa/pgrisultato.jsp#nazionale>