

LA COMUNITÀ DI PRATICA PER LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI DELL'EPIDEMIOLOGIA APPLICATA A LIVELLO LOCALE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA (SECONDA PARTE)*

Angela Giusti, Paola Scardetta e Alberto Perra

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY (*The Community of Practice approach in applied epidemiology training for local level health professionals: from theory to practice (second part)*) - In this second article we explain how the learning experience has been organized, founded on a Community of Practice (CoP) approach for applied epidemiology. We describe the modular structure of the Master Course, the methodology, the processes within the CoP, the outcomes and how they have been monitored and evaluated. Basing on the results of this experience, CoP seems to be a promising approach to improve in health professionals a "conscious competence" and performance.

Key words: applied epidemiology; community of practice; medical education

angela.giusti@iss.it

Introduzione

L'approccio della Comunità di Pratica (CoP) è stato proposto negli ultimi anni come strumento per la formazione continua di personale sanitario. In questo articolo si delineano le basi teoriche (nella prima parte pubblicata nel mese di giugno 2012) e gli aspetti principali dell'esperienza pratica realizzata per iniziativa del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nell'ambito di un progetto finanziato dalla regione Sardegna per la costituzione dei Centri Epidemiologici Aziendali (CEA), attraverso un percorso formativo di Master con l'Università di Cagliari.

Struttura e metodologia del percorso formativo

Dopo la fase iniziale di analisi dei bisogni formativi, il **percorso del Master** è stato strutturato in una serie di moduli che prevedono il potenziamento di competenze sull'epidemiologia applicata. I 12 moduli, di cui 9 obbligatori e 3 opzionali, riguardavano i seguenti argomenti: realizzazione di

studi trasversali (M1), indagine epidemiologica e uso della *evidence* in salute pubblica (M2), profili di comunità e priorità di salute (M3), miglioramento della qualità attraverso i flussi di dati (M4), management dei sistemi di sorveglianza di popolazione (M5), uso avanzato di Epi Info (M6, opzionale), comunicazione epidemiologica e consumo dell'alcol (M7), gestione dei momenti informativi nell'ambito della rete epidemiologica (M8), ideazione e valutazione di un intervento/progetto in salute pubblica, basandosi sulla *evidence* (M9), metodi di analisi multivariata (M10, opzionale), leadership efficace per la promozione del lavoro di rete (M11, opzionale), intervento su situazioni epidemiologiche locali (M12).

A sua volta, ogni modulo è stato strutturato in più fasi, che includevano una formazione residenziale di 5 giornate (circa 40 ore), seguita da una formazione sul campo (nella propria azienda e in ambiente web) di durata variabile e da uno o più workshop intermedi e uno finale di valutazione del

prodotto realizzato. In tutti i casi proposti dal team di formatori o emersi dal gruppo i prodotti erano "reali", basati sulle esigenze delle aziende o della rete regionale (Figura 1).

L'**approccio metodologico generale** è stato quello della CoP, ritenuto promettente per la costruzione della rete dei CEA di cui il Master è stato lo strumento principale. Il valore della CoP si estende infatti al di là dell'esperienza formativa individuale e crea le basi per un lavoro di rete basato sulla capitalizzazione della conoscenza e dell'esperienza e sulla fiducia tra i suoi membri.

Per quanto riguarda la **metodologia dei momenti in presenza**, la formazione è avvenuta con presentazioni frontali partecipate, discussioni, esercitazioni individuali e di gruppo, studio di casi e autocasi, presentazione e discussione dei prodotti realizzati, momenti di integrazione dell'esperienza e di riflessione sui processi del gruppo. I prodotti della formazione sono stati messi a punto dai partecipanti con attività di gruppo, più frequentemente in piattaforma web o, meno frequentemente, durante ►

(* La prima parte di questo articolo è stata pubblicata nel fascicolo di giugno (*Not Ist Super Sanità* - Inserto BEN 2012;25(6):iii-iv).

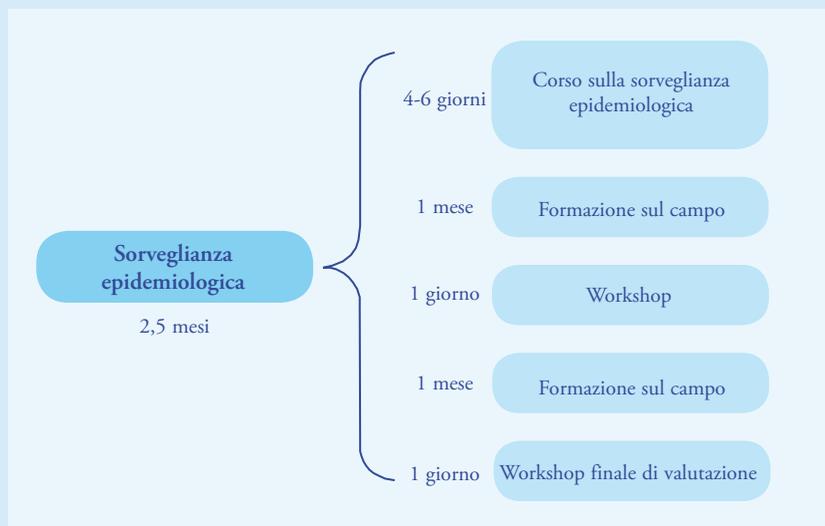


Figura 1 - Struttura tipo di un modulo

incontri di lavoro in presenza. Per l'ambiente web è stata scelta Moodle 1.9 per le sue caratteristiche che rispondono in modo semplice e adeguato alle esigenze di una CoP. Gli strumenti utilizzati erano di tipo sia sincrono (chat), sia asincrono (forum, database, cartelle di condivisione di materiale, carico e scarico di risorse).

Prodotti e risultati della Comunità di Pratica

- Obiettivi della CoP erano:
- produrre una rete di competenze e di relazioni al servizio dei CEA della regione Sardegna;
 - promuovere competenze individuali e di gruppo per l'azione sui problemi locali, regionali e nazionali.

Gli oggetti della valutazione sono stati la competenza percepita, le conoscenze sui temi proposti, la pratica epidemiologica, la partecipazione alle attività della CoP e la condivisione di strumenti e materiali.

La **competenza percepita** è stata valutata utilizzando il questionario prodotto dai Centers for Disease Control and Prevention/Council of State and Territorial Epidemiologists (CDC/CSTE) (1), adattato ai bisogni formativi locali e somministrato all'inizio, a metà e a fine percorso. L'analisi è stata basata sul modello teorico di Thomas Gordon, che suddivide l'apprendimento della competenza in 4 stadi distinti (2).

La Figura 2 presenta i risultati del questionario relativo alla competenza percepita dai partecipanti, il cui trend riflette quanto previsto dal modello, indicando uno spostamento dal livello di relativa incompetenza inconsapevole alla competenza consapevole.

La **conoscenza sui temi proposti** è stata valutata utilizzando una prova oggettiva di conoscenza validata e somministrata in forma pre e post, durante ciascuno dei moduli in presenza. Dopo la somministrazione in aula, valida ai fini certificativi, la prova oggettiva veniva messa a disposizione in piattaforma web in modalità di valutazione formativa, indicando per ogni *item* quali fossero le ragioni di correttezza o meno di ogni opzione di risposta. Gli *item* che avevano totalizzato indici di difficoltà o di discriminatività non conformi allo standard predefinito sono stati successivamente oggetto di discussione attraverso il forum chiamato "metodologico". La media di risposte corrette al post test è stata di circa 91%, con un incremento medio pre-post test pari a 36%.

La **pratica epidemiologica** è stata valutata attraverso le attività dei sottogruppi della CoP preliminarmente e liberamente costituiti sulla base dell'interesse dei partecipanti per i temi proposti, sia metodologici che di salute pubblica: indagini campionarie per la salute della popolazione, profili di salute, sorveglianza epidemiologica, accesso e uso dei flussi di dati correnti, incidenti domestici, infezioni ospedaliere, sicurezza stradale,

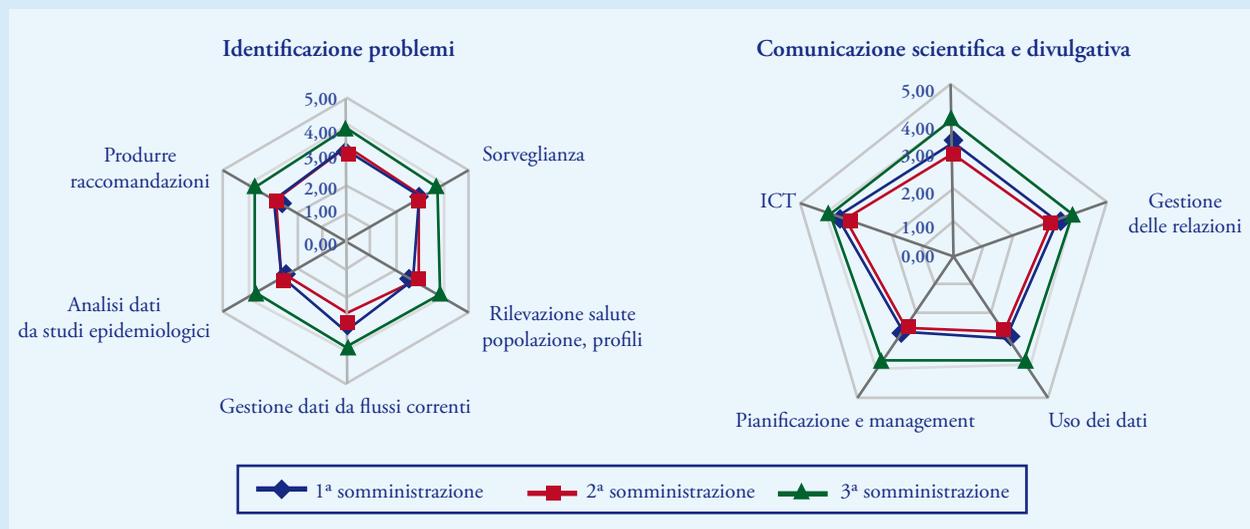


Figura 2 - Spostamento del livello medio di competenza percepita dai partecipanti durante il percorso formativo

promozione della salute e stili di vita, screening oncologici, West Nile *preparedness*, indagine sui bisogni e sulla implementazione della funzione epidemiologica aziendale. I prodotti dei gruppi sono stati: protocolli di ricerca quantitativa e qualitativa, progetti aziendali, report tecnico-scientifici, pubblicazioni, interventi a convegni e altri prodotti comunicativi e formativi (3-5).

La **partecipazione alle attività della CoP** è stata valutata attraverso la presenza in aula e nella piattaforma web. Gli scambi tra i membri della CoP (partecipanti, formatori, esperti esterni) si sono svolti in ambienti e con modalità diverse. Di maggiore interesse per la CoP è stato il forum metodologico, dove i partecipanti hanno aperto decine di argomenti di discussione e dove sono intervenuti con migliaia di post (messaggi individuali), cui venivano allegati dei documenti (risorse) di varia natura messi a disposizione di tutta la CoP.

Per le attività di formazione sul campo le **risorse condivise attraverso forum e database** sono state oltre 800. Spesso sono stati istituiti forum per "sottogruppi", al fine di facilitare le attività di elaborazione e scambio sulle diverse pratiche epidemiologiche. Da notare che l'ambiente web consente di tenere traccia della qualità e quantità degli scambi tra i membri del gruppo, ovviamente così a una delle difficoltà della valutazione delle attività in presenza. La piattaforma, tenuta in considerazione le distanze dei diversi membri della CoP, ha costituito il luogo di scambio e di lavoro privilegiato. A dimostrazione di ciò, i risultati mostrano che 27 membri partecipanti al Master, 3 tutor del CNESPS e, saltuariamente, altri 25 ricercatori del CNESPS ed esperti esterni, hanno effettuato oltre 110.000 ingressi in piattaforma nel corso dei due anni di durata del Master. In particolare, i partecipanti hanno effettuato nell'ambito dei due anni di corso circa 35.000 letture (cioè entrata nel forum e lettura degli interventi altrui, ma senza intervenire), per una media di circa 1.200 letture per partecipante, e circa 7.100 interventi complessivi (cioè entrata nel forum con un intervento su un argomento di discussione-post) per una media di oltre 250 interventi per persona.

Per quanto riguarda i tempi, la valutazione ha accompagnato tutto il percorso formativo, consentendo di monitorare i processi e i risultati della CoP. La valutazione certificativa è stata fatta durante il modulo finale, nel corso del quale i partecipanti hanno presentato ai decisori regionali e ad esperti esterni alcuni dei propri elaborati, sottoponendoli alla revisione critica della commissione. Il punteggio finale ha tenuto conto di tutti gli aspetti della valutazione esposti sopra.

Cosa abbiamo imparato e quali sono gli sviluppi attesi

Riteniamo che i risultati ottenuti in due anni di lavoro della CoP siano incoraggianti, soprattutto per merito della sinergia fra l'approccio formativo classico, basato su momenti residenziali ed esperienziali, e quello della CoP che valorizza anche l'apporto "trasversale", di reciprocità e di capitalizzazione dell'apprendimento tra i partecipanti. Gli intensi scambi, la condivisione di obiettivi, i metodi e le attività hanno contribuito a costituire un'identità di gruppo che, pur in assenza di un quadro normativo regionale di sostegno ai CEA, ha permesso di realizzare indagini e attività condivise sul territorio.

Pur nelle differenze interindividuali che caratterizzano i gruppi di lavoro, i partecipanti hanno mostrato capacità di lavoro in team, nonostante le difficoltà e i limiti legati all'uso dell'ambiente web. L'identità di CoP non può però prescindere, nel nostro caso, dal riconoscimento esterno in ambito aziendale e regionale; senza un mandato forte difficilmente la neonata CoP sarà in grado di proseguire le proprie attività al di là della buona volontà dei singoli membri. Oltre a questo, va ricordato che nella storia naturale delle CoP è previsto un ricambio dei *core members*, alcuni dei quali presumibilmente lasceranno il gruppo per essere via via sostituiti da altri, nel caso in cui le condizioni esterne consentano alla CoP di continuare a esprimersi. La precarietà dei partecipanti più giovani, pur rispecchiando l'attuale complessità del mondo del lavoro, è anche espressione della visione povera del futuro che caratterizza questo momento storico. I membri di una CoP sono tanto più partecipi quanto più si sentono parte del sistema, anche in prospettiva.

È impensabile arricchire la CoP di *core members* motivati e motivanti se alla formazione non corrisponde l'ingresso formale nella comunità epidemiologica.

Infine, il valore intangibile delle CoP è più difficilmente misurabile ma ne costituisce il plusvalore rispetto ad altre forme di lavoro in gruppo. Tra i vantaggi potenziali (6) che ne fanno uno strumento strategico del settore profit, ricordiamo: rapidità di risposta alle domande, anche inattese (*preparedness*), riduzione di tempi e di costi, maggiore coordinamento, standardizzazione e sinergia tra i diversi gruppi di lavoro basati su una maggiore conoscenza e fiducia reciproca, maggior capacità di assumere rischi con l'appoggio della comunità, maggior capacità di trattenere i talenti, emersione di competenze non programmate, capacità di sviluppare nuove opzioni strategiche, uso della rete per tenersi informati e aggiornati e, non ultimo, accrescimento della reputazione professionale. ■

Riferimenti bibliografici

- Centers for Disease Control and Prevention/Council of State Territorial Epidemiologists (CDC/CSTE). Applied epidemiology competencies - Toolkit (www.cste.org/dnn/ProgramsandActivities/WorkforceDevelopment/Competencies/tabid/174/Default.aspx).
- Wikipedia. Four stages of competence (http://en.wikipedia.org/wiki/Four_stages_of_competence).
- Aini MA, Atzori MA, Gregu G, *et al.* Lo studio metodologico per la costruzione del profilo di salute della popolazione sarda. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2011;24(10):iii-iv.
- Aresu C, Cabitza D, Macis F, *et al.* Orientamenti, considerazioni e proposte delle aziende sanitarie della Sardegna sui Centri Epidemiologici Aziendali (CEA). *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2011;24(11):i-iii.
- Casula L, Dessi MP, Floris MS, *et al.* Reperibilità dei flussi di dati correnti nelle aziende sanitarie della Sardegna. *Not Ist Super Sanità - Insero BEN* 2011;24(12):i-ii.
- Wenger E, McDermott R, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice*. Harvard Business School Press; 2002. 352 p.

NOTA EDITORIALE

Stefania Salmaso

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In varie occasioni abbiamo indicato come caratteristica principale dell'epidemiologia del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) l'intenzione di produrre risultati tangibili (*consequential epidemiology*) anche sul territorio. La nostra attività, anche quando di ricerca, è fortemente caratterizzata da una solida interazione con gli operatori "sul campo" e in questo contesto le Comunità di Pratica (CoP) ci offrono lo strumento per mettere in comune e mantenere nel tempo i contributi che ognuno può portare. Gli esempi in questi ultimi anni sono diversi. Oltre a quello descritto nell'articolo, di portata regionale, sul Master biennale in epidemiologia applicata della regione Sardegna, sono da citare, tra le altre: la CoP di Farmacovigilanza con la regione Lazio, per la promozione delle attività di farmacovigilanza ed eventi avversi; in campo nazionale la CoP del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), composta da 600 membri che hanno condiviso metodi e contenuti per lo studio e la messa a punto dei Piani Regionali di Prevenzione; in campo internazionale la CoP di PASSI d'Argento, che sta mettendo a regime in 17 regioni italiane un sistema di sorveglianza della popolazione ultrasestagenne.

Dal punto di vista del CNESPS, seppur attraverso una valutazione ancora informale, è certo che le CoP sono

state in grado di creare un ambiente costruttivo, all'interno del quale gli stessi membri hanno costruito "nuove conoscenze" significative per la loro vita professionale, attraverso condivisione di esperienze e di metodologie messe in atto in regioni e in condizioni differenti. Come già detto nell'articolo, le CoP hanno contribuito a creare un senso di identità con ricadute positive, oltre che in ambiente virtuale, anche nell'ambiente lavorativo dei membri della CoP stessa. Aspetti sui quali è stata posta particolare attenzione, comuni a tutte le esperienze da noi condotte, sono stati il coordinamento e la presenza "costante" dei ricercatori/tutor del CNESPS all'interno delle CoP da loro animate e un *help desk* che ha convinto anche i più reticenti al lavoro sulla rete ad avvicinarsi e utilizzare con sicurezza gli strumenti necessari all'uso della piattaforma web (in genere Moodle), quali il forum, la chat e le varie risorse messe a disposizione. Da questa esperienza, formativa anche per noi, abbiamo ancora molto da imparare. La situazione ideale per il lavoro di una CoP è quando essa si costituisce su base volontaria. Per la nostra esperienza, quando la CoP viene costituita da membri che hanno ricevuto un mandato dalla propria istituzione, questi ultimi possono vivere la presenza in piattaforma come un obbligo e quindi possono partecipare scarsamente alle attività che le danno vita.

A questo aspetto si ricollega il fatto che spesso le istituzioni cui sono affiliati i membri della CoP talvolta non considerano che il tempo impiegato in piattaforma debba far parte del "tempo di lavoro", rendendo in tal modo più difficile la partecipazione dei membri della CoP che utilizzano il tempo personale o anche i mezzi personali, ad esempio il computer domestico, per le attività richieste in piattaforma. In una delle nostre esperienze, quella della CoP per il PNP, abbiamo anche condotto una *survey* tra i membri, da cui appare che solo il 40% si ritiene soddisfatto dell'uso personale della piattaforma web, anche se l'82% pensa che la piattaforma sia uno strumento utile per lo scambio e la cooperazione fra i professionisti della salute. Il 75% degli intervistati ritiene di aver ricevuto input importanti dalla CoP in termini di conoscenza, strumenti professionali, documenti di riferimento e esperienze utili, mentre solo il 30% sente di aver contribuito utilmente alla vita e al progresso della CoP. In generale, in termini di fiducia e contributi, i partecipanti ritengono di aver ricevuto dalla CoP più di quanto abbiano dato. È certo che la promozione della salute pubblica passi anche attraverso il progresso culturale, tecnico e scientifico degli operatori e dei loro servizi di appartenenza; siamo fiduciosi che, a tale scopo, le CoP costituiscano un approccio efficiente e, a certe condizioni, efficace. Tali valutazioni saranno l'oggetto della nostra attenzione negli anni a venire. ■

Il primo Impact Factor di *Eurosurveillance*

Per una rivista pubblicata da un editore non commerciale ottenere un Impact Factor di 6,15, e tra l'altro per la prima volta, è un risultato decisamente importante. L'obiettivo, per il 2011, è stato raggiunto da *Eurosurveillance*, rivista pubblicata dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), che si occupa di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili. Un Impact Factor di 6,15 pone *Eurosurveillance* in sesta posizione tra le 70 riviste di settore (cioè quelle che si occupano di malattie infettive) indicizzate dal *Journal Citation Reports*. Il raggiungimento di questo successo premia quella che è la scelta editoriale della rivista: creare una piattaforma dove i risultati più rilevanti possano essere condivisi dalla comunità internazionale e che allo stesso tempo fornisca informazioni tempestive nell'ambito della prevenzione e del controllo delle malattie infettive. Questo importante risultato è il frutto del lavoro di tutto il team editoriale, composto, tra gli altri, dai rappresentanti delle riviste epidemiologiche nazionali di 37 Paesi, tra cui, per l'Italia, quello del BEN.

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Arianna Dittami
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso

e-mail: ben@iss.it