

Zeitschrift: Iride : rivista di economia, sanità e sociale
Herausgeber: Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della SUPSI
Band: - (2017)
Heft: 3

Artikel: Collaborazione interprofessionale nel contesto ospedaliero
Autor: Perrier, Arnaud
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1044674>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Intervista al Prof. Arnaud Perrier

Ha compiuto i suoi studi alla Facoltà di medicina dell'Università di Ginevra, ottenendo una formazione FMH in medicina interna e pneumologia. È diventato capo del servizio di medicina interna generale presso l'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG) e in seguito capo del Dipartimento di medicina interna, riabilitazione e geriatria. Dal 2015 è Direttore medico dell'Ospedale.

I suoi interessi nella ricerca sono la malattia tromboembolica venosa, l'analisi costo-efficacia e le patologie frequenti in medicina interna (in particolare insufficienze cardiache e polmoniti). È stato particolarmente attivo nell'ambito dell'educazione medica e uno degli artefici del curriculum pre-laurea presso la Facoltà di medicina dell'Università di Ginevra.

Collaborazione interprofessionale nel contesto ospedaliero

A inizio settembre del 2016 il DEASS ha organizzato presso la sede SUPSI di Trevano la quarta edizione del Congresso svizzero per le professioni sanitarie.

Si è trattato di un importante evento a livello svizzero, atto a promuovere riflessioni sulle politiche di insegnamento, formazione e ricerca nelle professioni sanitarie delle Scuole universitarie professionali (SUP).

Tra gli illustri ospiti vi ha preso parte, in qualità di relatore, anche il Prof. Arnaud Perrier, Direttore medico dell'Ospedale Universitario di Ginevra. A partire da questa occasione d'incontro abbiamo colto alcuni spunti per porgergli delle domande sulla collaborazione interprofessionale nel contesto ospedaliero, tema di cui può essere considerato un vero e proprio esperto.

Qual è la sua visione in merito alla collaborazione interprofessionale in ospedale?

È ormai diventato quasi scontato affermare che la collaborazione interprofessionale sia essenziale in ospedale, anche se spesso ci dimentichiamo di chiedere di che cosa si tratti e soprattutto perché sia così importante. Per far sì che si possa davvero parlare di collaborazione interprofessionale, è necessario concordare una responsabilità condivisa e definire un ruolo per ciascun attore coinvolto nella presa di decisioni e attuazione del trattamento. Si va quindi oltre la semplice comunicazione tra i professionisti, che in alcuni casi sarebbe già una buona base di partenza. È importante perché aumenta la qualità e la sicurezza delle cure, così come la soddisfazione dei professionisti coinvolti. Per fare un esempio tratto dalla medicina interna, è noto che l'errore nella somministrazione dei farmaci in ospedale è molto frequente, a volte con gravi conseguenze per il paziente. La visita "medica" quotidiana rappresenta un momento fondamentale di comunicazione tra i professionisti. Questa visita, che presso l'Ospedale Universitario di Ginevra oggi chiamiamo "visita-paziente", sempre effettuata al letto del degente è, purtroppo, spesso poco utile, in quanto i professionisti non

comunicano realmente: mentre i medici parlano con il paziente, l'infermiere/a compie le sue mansioni, e viceversa. Un servizio di medicina interna di un ospedale degli Stati Uniti ha quindi istituito una guida strutturata dei punti che devono essere sistematicamente discussi, nel corso della visita, tra i professionisti e i pazienti. Questa lista va dalla revisione del programma di trattamento (in particolare della terapia farmacologica), alla preparazione dell'uscita, passando attraverso una serie di punti di sicurezza (la profilassi della trombosi, l'ablazione di cateteri e sonde, ecc.). Questa semplice struttura della visita-paziente ha permesso di ridurre gli eventi indesiderati del 50%, in particolare quelli relativi ai farmaci. Tale esempio mette ben in evidenza l'importanza dell'interprofessionalità, ma dimostra anche che non basta stare insieme fisicamente per collaborare davvero.

A suo avviso, il sistema informativo ospedaliero, così come gestito nella maggior parte delle strutture oggi esistenti, agevola questo tipo di collaborazione o può invece risultare un ostacolo?

Oggi, purtroppo, la maggior parte dei sistemi informativi ospedalieri non promuove la collaborazione, e la cronistoria di

questo problema ne è rivelatrice. In molti ospedali, lo sviluppo della cartella clinica informatizzata è stato largamente preceduto dall'informatizzazione del dossier di ciascun prestatore di cure. Lo sviluppo di questi dossier non è stato quindi pensato in modo integrato, e la cartella elettronica, definita "dossier-paziente", è in realtà troppo spesso una pila di dossier per professione (dossier-medico, dossier-infermiere, dossier-fisioterapista, dossier-assistente sociale, ecc.).

Ciò induce ad una grande ridondanza dell'informazione, senza che quest'ultima offra un'effettiva opportunità di migliorare la sicurezza. Rimanendo sull'esempio del farmaco, nella mia Istituzione la lista dei farmaci del paziente è stilata dal medico, ma anche dal prestatore di cure che lo accoglie. Queste due liste sono completate in due luoghi diversi della cartella clinica elettronica e non vengono mai confrontate; di conseguenza la concordanza tra tali liste è molto bassa, con discrepanze che possono toccare delle classi di farmaci sostanziali, come gli anticoagulanti o antidiabetici. È evidente che si può e si deve fare meglio. Il dossier informatizzato è ancora concepito come un rimpiazzo della carta, mentre le potenzialità nel guadagnare tempo e migliorare la sicurezza sarebbero molto grandi se venissero introdotti degli allarmi per agevolare le decisioni, o ancora se venisse sviluppata la cosiddetta "digitalizzazione nomade", vale a dire la raccolta di informazioni prese al letto del paziente e il loro inserimento in tempo reale nel sistema informativo. Diventa dunque indispensabile formare i professionisti a documentare in complementarietà e, nella loro attività, a prendere in considerazione tutte le informazioni del fascicolo del paziente, e non solo quelle introdotte dalla loro categoria professionale.

Quanto è importante il rispetto delle diverse funzioni e della gerarchia? Che peso dare invece al lavoro di squadra e alla partecipazione degli infermieri nel processo di decisione?

A Ginevra sono stati condotti diversi studi su questo argomento. Abbiamo ad esempio intervistato medici e infermieri – con diversi livelli di esperienza – sulla percezione del proprio ruolo, del ruolo dell'altro professionista e sulle aspettative degli uni verso gli altri. Questo ci ha permesso di identificare le aspettative non soddisfatte da parte degli infermieri, quali: le insufficienti spiegazioni da parte dei medici; il reale ascolto degli infermieri e la presa in considerazione delle loro opinioni; il riconoscimento del loro lavoro e infine la mancanza di disponibilità dei medici. Di contro i medici si aspettano: una maggiore anticipazione da parte dell'infermiere; la comprensione della situazione clinica; la verifica delle prescrizioni e decisioni mediche, e una maggiore partecipazione al processo decisionale. Entrambe le professioni ritengono che l'altra non conosca bene il ruolo e le competenze della controparte. In breve, assistiamo apparentemente a un "dialogo tra sordi" che dimostra, in fondo, che i professionisti vogliono veramente condividere la responsabilità della presa in carico delle cure ma non sanno come farlo. Abbiamo quindi istituito corsi di formazione a tale scopo, di natura molto pratica e focalizzati sulla simulazione in situ, sul modello sviluppato nell'aviazione e già ampiamente utilizzato dalle squadre delle sale operatorie, dove le interazioni tra professionisti avvengono in situazioni di emergenza e necessitano quindi di decisioni rapide. Naturalmente, sia la gerarchia infermieristica sia quella medica, devono sostenere questa visione in modo che possa essere implementata in ospedale.

Il modello di collaborazione interprofessionale può essere applicato anche nei reparti di cure intense?

I reparti di cure intense sono proprio quelli che hanno cominciato per primi, in quanto è l'ambiente stesso a prestarsi a una stretta collaborazione. Nelle cure intense di solito vengono assegnati un infermiere per ogni paziente e un medico per alcuni pazienti, poiché le situazioni e i trattamenti sono complessi, i pazienti sono instabili e la loro condizione può evolvere molto rapidamente. È quindi fondamentale una chiara divisione delle responsabilità tra i professionisti, così come una trasmissione efficiente e strutturata delle informazioni. Non è un caso che le cure intense siano probabilmente l'ambiente dove il margine decisionale da parte dell'infermiere è più ampio, ovviamente dopo una formazione specializzata e impegnativa. In fondo, le cure intense sono un tipo di laboratorio per la collaborazione interprofessionale che dimostra che essa non è solo possibile, ma auspicabile, e che la condivisione delle competenze e delle responsabilità migliora la sicurezza del paziente e la soddisfazione dei professionisti.

In che misura la qualità delle cure e la sicurezza del paziente potrebbero essere meglio garantite dove la collaborazione interprofessionale è ben funzionante?

Ci sono molti esempi; ho già citato quello del farmaco che, anche se è solo uno tra molti, è di grande rilevanza. Una sfida molto importante, nelle sempre più complesse cure ospedaliere prestate ai pazienti, è la trasmissione di informazioni. Tuttavia, l'auspicabile evoluzione dell'orario di lavoro (che certamente tende a soddisfare le aspettative dei professionisti, per quanto riguarda l'equilibrio tra vita professionale e privata), frammenta gli orari moltiplicando gli interventi, e quindi le trasmissioni. Per migliorare la sicurezza rispetto alle comunicazioni delimitate all'interno di ogni filiera, è necessaria una



formazione ad hoc, che favorisca una condivisione precisa, mirata ed efficace delle informazioni tra i professionisti.

Oltre a medici, infermieri e altri operatori sanitari, secondo lei è possibile integrare anche i pazienti in una collaborazione attiva, finalizzata al miglioramento del loro stato di salute?

Ciò sarebbe enormemente auspicabile e bisogna dire che si sta già cominciando a farlo; ad esempio è una dimensione acquisita da tempo nelle cure ambulatoriali e nella presa in carico a lungo termine delle malattie croniche, dove, in ultima analisi, è il paziente che diventa il proprio terapeuta. L'importanza del coinvolgimento del paziente è invece meno riconosciuta negli ospedali, dove il paziente a letto è ancora troppo spesso visto come oggetto di cura piuttosto che il soggetto della presa in carico. Nell'ambito di un ambizioso progetto che abbiamo chiamato "Più tempo per i pazienti", siamo in procinto di mettere in atto, in particolare, la trasmissione di informazioni al letto del paziente, così che, nel momento di un cambio di turno, i prestatori di cure si trasmettono le informazioni in presenza del paziente. Ed è il paziente che inizia; la prima domanda

è infatti rivolta a lui: "Ha qualcosa da trasmetterci?". Questo metodo è molto semplice e straordinariamente potente, perché quando ai pazienti viene data la parola, scopriamo che essi sono fini osservatori delle nostre pratiche e che ci aiutano a garantire la loro sicurezza.

D'ora in avanti pensa che sia fattibile la creazione di veri e propri ospedali interprofessionali? Se sì in che modo?

Gli ospedali occupano un gran numero di mestieri, tutti necessari per la presa in carico dei pazienti. Cosa sarebbe l'attività chirurgica senza la sterilizzazione? Le cure sarebbero possibili senza i barellieri che trasportano i pazienti? Non si tratta quindi di creare ospedali interprofessionali, lo sono già, bensì di puntare sempre più sulla formazione delle varie professioni, affinché lavorino insieme piuttosto che a silos; ciò non è valido solo per i medici, i prestatori di cure e pluri-professionisti della salute, ma per tutti i mestieri che ruotano attorno al paziente.

Lei ha preso parte alla riforma dei curricula pre-laurea della Facoltà di Medicina dell'Ospedale Universitario di Ginevra, contesto nel quale si riscontra un'attenzione marcata allo sviluppo del sistema educativo.

In base alla sua esperienza, quali sono i requisiti formativi idonei a promuovere una collaborazione interprofessionale ottimale?

Per lavorare bene insieme dobbiamo conoscerci reciprocamente, sapere quali sono i ruoli, cosa ci possiamo aspettare dagli altri e che cosa loro si aspettano da noi. Ci sono ancora molti pregiudizi tra medici e infermieri, gli uni nei confronti degli altri, e una scarsa conoscenza dei rispettivi compiti. È quindi doveroso incrementare le opportunità di apprendimento in comune, fin dall'inizio della formazione pre-laurea. Per fare ciò sono possibili numerosi format, ma è sicuramente importante la formazione in piccoli gruppi, che consente maggiore scambio. L'uso della simulazione è anche molto proficuo, ma qualunque sia l'impegno in una formazione strutturata, il peso delle esperienze vissute sul campo, nelle unità di cura, farà la differenza. Sta in primis a noi fornire dei buoni esempi.