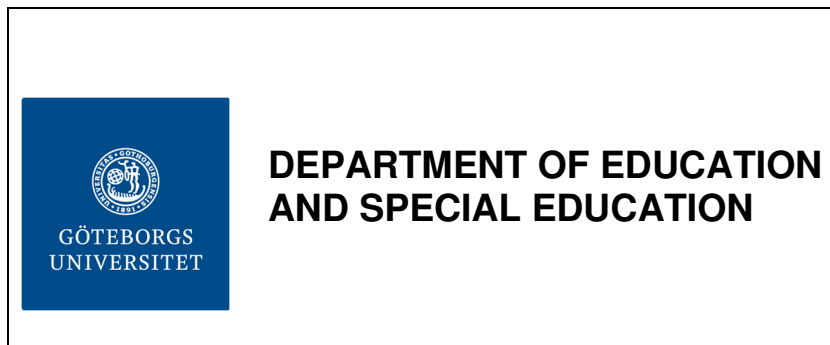




*an eu curriculum for  
visual disabilityEs  
RehabilitatOrs*



## **Approccio multidisciplinare ed evidence based- simulazione di role play**

**Inger Berndtsson**

---

### **VERSIONING DETAILS**

---

**Version of the document**      Version 2

---

**Date of delivery**              May 15, 2023

---



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein

## Indice dei contenuti

INTRODUZIONE.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
REALIZZAZIONE DEI ROLE-PLAY .....	4
STEP 1:.....	5
CASE-HISTORY.....	6
STEP 2:.....	7
STEP 3:.....	7
STEP 4:.....	7
Riferimenti.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

## INTRODUZIONE

Questo materiale didattico supporta il programma della lezione Implementazione della riabilitazione basata sull'evidenza nel lavoro quotidiano. L'output di apprendimento affrontato in questo piano di lezione è LO15-A-1 “Conoscere i principi delle discipline e della pratica delle scienze della salute basate sull'evidenza e applicarli nel lavoro quotidiano, anche utilizzando i principali database di evidenze”. Il piano della lezione è composto da cinque attività, in cui questo materiale didattico si riferisce all'attività 4. Nell'attività 1 gli studenti vengono introdotti alla biblioteca e ai database comuni dove possono trovare conoscenze e prove aggiornate sui metodi specifici utilizzati nel lavoro di riabilitazione e abilitazione; relativi al campo della medicina o della riabilitazione, o al campo dell'educazione speciale o inclusiva. L'attività 2 si concentra su come sia possibile, ma anche necessario, acquisire conoscenze dall'esperienza interprofessionale e l'attività 3 si concentra su come sia possibile acquisire conoscenze da una prospettiva centrata sull'utente, concentrandosi sull'esperienza vissuta delle persone con disabilità visiva o cecità. Tutte e tre le attività dovrebbero essere viste come integrate e come una preparazione per l'Attività 4.

L'importanza di stabilire una solida base per le attività e i metodi riabilitativi, garantendo al tempo stesso l'efficacia in termini di costi, è fondamentale. Tuttavia, come possiamo determinare l'efficacia dei metodi che utilizziamo? Per affrontare questa preoccupazione, è stata sviluppata la riabilitazione basata sull'evidenza, traendo ispirazione dalla medicina basata sull'evidenza. "L'EBM [medicina basata sulle prove] è l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze attuali nel prendere decisioni sulla cura dei singoli pazienti. La pratica della medicina basata sull'evidenza significa integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza clinica esterna disponibile dalla ricerca sistematica" (Sackett in Willman, et.al., 2011, p. 20). Si dice che la medicina basata sull'evidenza o la riabilitazione dovrebbe essere basata su un approccio scientifico, dovrebbe anche essere basata sulla conoscenza e utilizzare i risultati e le conoscenze della ricerca scientifica. Qui è importante sfruttare i risultati della ricerca sia quantitativa che qualitativa. Lavorare con la riabilitazione basata sulle evidenze significa coniugare le evidenze con le conoscenze cliniche, ma anche con le condizioni e i desideri del paziente (Berndtsson & Kroksmark, 2008; Law & MacDermid, 2013).

Le prove potrebbero essere percepite sia come un approccio che come un processo. Come approccio dovrebbe esserci la volontà di applicare le migliori prove scientifiche disponibili per il supporto e le decisioni. Gli operatori sanitari dovrebbero avere un approccio scientifico e gli interventi dovrebbero essere basati sulla scienza e su una comprovata esperienza. Quando si lavora con le prove come processo, si tratta di una ricerca sistematica della letteratura di ricerca per trovare le prove disponibili, rivederle e interpretarle criticamente e utilizzarle come base per le decisioni. Nell'attuale piano di lezione la conoscenza e l'insegnamento sono diretti alla riabilitazione sia come approccio che come processo, anche se ci si può aspettare che il lavoro sull'evidenza come approccio sia la strategia più comune nel team multidisciplinare [MDT].

Dovrebbe anche essere affrontato il fatto che sebbene le prove siano più comunemente derivate dalla ricerca e dai metodi quantitativi (De Vaus, 2001), dovrebbero essere prestate attenzione anche alla ricerca e ai metodi qualitativi (Taylor & Bogdan, 1998). Tuttavia, va notato che i risultati di vari metodi dovrebbero essere valutati in conformità con la metodologia e i metodi utilizzati nella ricerca in esame.

Di conseguenza, questo materiale didattico si concentra sull'integrazione della ricerca basata sull'evidenza nell'MDT e sulla combinazione di questo approccio con competenze multidisciplinari, nonché sulla prospettiva della persona con disabilità visiva (VIP). Ciò è esemplificato attraverso uno scenario di gioco di ruolo che consente l'esplorazione e l'analisi critica.

## REALIZZAZIONE DEI ROLE-PLAY

L'attività 4 si basa su una simulazione di gioco di ruolo ed è strutturata in quattro fasi principali. Per l'organizzazione di questa attività sono necessarie un'aula e stanze più piccole per ciascuno dei gruppi di studenti. Gli studenti sono invitati a discutere il tema: "Come integrare vari tipi di conoscenza nel MDT", con riferimento principalmente a conoscenze ed evidenze scientifiche, capacità ed esperienze professionali, esigenze e preferenze dei VIP. Si noti che esiste un collegamento diretto con le attività 1-3 eseguite in precedenza. Il tempo totale per questa attività è di 2 ore. 15 minuti per la FASE 1, 30 minuti per la FASE 2, 60 minuti per la FASE 3 e 15 minuti per la FASE 4.

### STEP 1:

Gli studenti sono divisi in gruppi di 4-7 persone. Ogni membro del gruppo è invitato a scegliere un ruolo tra quelli elencati di seguito. In ogni gruppo dovrebbe esserci una variazione di professioni. Quando gli studenti scelgono una professione per il gioco di ruolo, dovrebbero, se possibile, scegliere la propria professione o una simile. Insieme, il gruppo dovrebbe rappresentare il maggior numero possibile di professioni in un team multidisciplinare [MDT], come VDR, terapeuta occupazionale, ottico o optometrista, oftalmologo, infermiere specializzato, insegnante di bisogni speciali, consulente sociale o fisioterapista.

Di seguito sono riportate brevi descrizioni dei compiti abituali svolti da ciascuna professione relativa alla riabilitazione e all'abilitazione della vista. Le descrizioni sono conformi alla classificazione internazionale standard delle occupazioni ESCO in cui ogni occupazione viene fornita con un profilo professionale. I profili contengono una descrizione e una definizione di ogni occupazione.

<https://esco.ec.europa.eu/en/classification>

**VDR Visual Disabilities Rehabilitator** – (questa professione non è elencata in ESCO). Il VDR è descritto come un professionista che gestisce i servizi di riabilitazione fisica, psichica e sensoriale per le persone con disabilità visive, nell'ambito di un nuovo approccio transdisciplinare, centrato sull'utente e basato sulle TIC. Il VDR ha lo scopo di sviluppare, implementare e monitorare gli interventi riabilitativi globali dell'utente non vedente di qualsiasi età, garantendo il miglior livello di qualità della vita e autonomia attraverso l'empowerment, la comunicazione, l'apprendimento, la mobilità e l'orientamento e le abilità della vita quotidiana. Il nuovo VDR può essere impiegato sia in ambito pubblico che privato, in strutture sanitarie residenziali, semiresidenziali o ambulatoriali. Il VDR potrà collaborare con gli altri membri del team di riabilitazione e gli accompagnatori informali (Progetto oMERO, Intellectual Output 1, 2021).

**Terapista occupazionale** – assiste individui o gruppi che hanno limitazioni occupazionali dovute a malattie, disturbi fisici e disabilità mentali temporanee o permanenti, nel riacquistare la capacità di svolgere le attività quotidiane. Forniscono cure e riabilitazione per consentire loro di partecipare attivamente alla società, di vivere la propria vita secondo i propri desideri e di svolgere quelle attività che sono significative per loro. I terapisti occupazionali lavorano spesso nei servizi di sanità pubblica e di assistenza sociale.

**Ottico** – aiuta a migliorare e correggere la vista di un individuo. Si adattano a lenti e montature per occhiali, lenti a contatto e altri dispositivi secondo le specifiche dell'individuo. Il loro campo di applicazione varia a seconda delle normative nazionali e possono operare secondo le prescrizioni fornite da un medico specializzato in oftalmologia o da un ortottista nei paesi in cui è richiesto.

**Ortottista** – esamina e testa gli occhi per identificare anomalie, problemi visivi o malattie. Prescrivono e adattano lenti come occhiali e lenti a contatto e offrono consigli sui problemi visivi. Possono anche indirizzare i pazienti a un medico. Il loro campo di applicazione e il titolo variano a seconda delle normative nazionali.

**Medico Specialista in Oftalmologia** – previene, diagnostica e cura le malattie a seconda della loro specialità medica o chirurgica.

**Infermiere specializzato** – promuove e ripristina la salute delle persone e le diagnosi e l'assistenza all'interno di un ramo specifico del campo infermieristico. Esempi di tali lavori infermieristici specialistici includono ma non sono limitati a; infermiere di comunità, infermiere pediatriche, infermiere di sanità pubblica, infermiere di riabilitazione e infermiere scolastiche. Gli infermieri specializzati sono infermieri di assistenza generale preparati oltre il livello di un infermiere generalista e autorizzati ad esercitare come specialisti con competenze specifiche in un ramo del campo infermieristico.

**Insegnante di sostegno** – insegna ai bambini, ai giovani o agli adulti con handicap fisici o mentali, o con difficoltà di apprendimento o altri bisogni speciali. Promuovono lo sviluppo sociale, emotivo, intellettuale e fisico dei loro studenti. I compiti includono: valutare le capacità e i limiti degli studenti in relazione alle menomazioni intellettuali, fisiche, sociali ed emotive; impiegare strategie e tecniche educative speciali durante l'istruzione per migliorare lo sviluppo delle capacità sensoriali e percettivo-motorie, del linguaggio, della cognizione e della memoria; insegnare materie accademiche, abilità pratiche e di auto-aiuto a studenti con disabilità uditive, visive e di altro tipo; conferire con studenti, genitori, presidi e altri professionisti coinvolti nella cura degli studenti per sviluppare piani educativi individuali progettati per promuovere lo sviluppo degli studenti. Esempi delle professioni classificate: insegnante dei non vedenti.

**Assistente sociale** – fornisce supporto e orientamento alle persone nel campo del lavoro sociale, per aiutarle a risolvere problemi specifici nella loro vita personale. Implica affrontare questioni personali e relazionali, affrontare conflitti interiori, momenti di crisi come la depressione e la dipendenza, nel tentativo di responsabilizzare le persone per raggiungere il cambiamento e migliorare la qualità della loro vita.

**Fisioterapista** – sono professionisti sanitari autonomi che sono responsabili dello sviluppo, del mantenimento o del ripristino della funzione motoria e del movimento per tutta la vita utilizzando pratiche basate sull'evidenza. Alleviano il dolore e trattano o prevencono le condizioni fisiche associate a lesioni, malattie o altre menomazioni. I fisioterapisti consentono ai pazienti e ai loro accompagnatori di gestire la condizione al di fuori delle strutture cliniche.

Quando gli studenti avranno selezionato una professione da svolgere, il caso studio di seguito verrà distribuito su un foglio a ciascuno studente. Avranno circa 10 minuti per leggere il documento e prepararsi per il gioco di ruolo nel gruppo. L'istruzione agli studenti è di leggere il documento e mettere in relazione l'anamnesi con la professione prescelta e riflettere sui compiti riabilitativi rilevanti in relazione alla situazione di vita descritta nel caso.

## CASE-HISTORY

Maria è una donna di 30 anni. Vive con suo marito e due figli fuori da una città più grande d'Europa. Si sono trasferiti lì cinque anni fa quando le loro figlie erano giovani. La loro casa ha un grande giardino con molte piante. La casa è piuttosto vecchia e hanno iniziato a rinnovarne alcune parti. È abbastanza grande perché le ragazze possano avere le loro stanze, e sia Maria che suo marito hanno i loro uffici al secondo

piano. Tuttavia, la casa si trova in campagna e gli autobus per la città sono rari. Hanno un'auto in famiglia.

Maria ha precedentemente lavorato come assistente infermiera, ma ora ha iniziato la sua formazione infermieristica presso l'università della città. Entrambe le figlie hanno frequentato l'asilo, ma la più grande inizierà la scuola il prossimo semestre. L'asilo si trova vicino a casa loro, ma la scuola elementare si trova a metà strada rispetto alla città. Il marito di Maria è un consulente ICT. Viaggia molto in tutta Europa. Anche se non hanno parenti nelle vicinanze, hanno dei buoni amici.

A Maria è stata diagnosticata la retinite pigmentosa alcuni anni fa, ma ultimamente ha notato maggiori problemi nel vedere al buio. Ha anche notato che i suoi campi visivi sembrano essersi ridotti. Tuttavia, è possibile per lei guidare la macchina, ma si preoccupa se le è permesso farlo. Ha anche notato problemi nel trovare la sua strada nell'oscurità, legati a vari ambienti. Il suo visus 6-8 mesi fa era: H: 0,15 e V: 0,5.

È molto preoccupata per la sua situazione attuale e per il futuro, in particolare per quanto riguarda i suoi figli e il sostegno di cui hanno bisogno dato che sono ancora piuttosto piccoli. Ha anche iniziato ad avere difficoltà con la lettura della letteratura universitaria. È anche preoccupata per le sue possibilità di svolgere i compiti pratici nel programma infermieristico, ma anche in futuro come infermiera.

Compito: Leggi la case history e rifletti sui possibili problemi che Maria affronta nella sua quotidianità. Che tipo di problemi puoi identificare oggi? Quali problemi identifichi per il futuro, legati alla sua disabilità visiva e alla sua situazione familiare? Cosa consiglia per la sua riabilitazione, in relazione alla sua professione?

## STEP 2:

In questa fase gli studenti dovrebbero organizzare una riunione MDT. Il compito è discutere il caso di Maria; identificare i suoi problemi e suggerire attività riabilitative pertinenti, tenendo conto delle diverse professioni e conoscenze del team. Il gruppo decide autonomamente chi di loro guiderà la riunione. Ogni gruppo ha 30 minuti per pianificare le attività riabilitative per il caso presentato, discutendo come se fossero parte di un vero MDT.

Il gioco di ruolo include anche discussioni su come integrare vari tipi di conoscenza nel MDT, con riferimento a conoscenze ed evidenze scientifiche, competenze ed esperienze professionali, esigenze e preferenze dei VIP.

Il risultato delle discussioni MDT è lo sviluppo di *un piano riabilitativo individuale* per Maria. Il gruppo dovrebbe anche essere preparato a presentare i propri risultati a tutta la classe.

## STEP 3:

Ogni gruppo impiega 10-15 minuti per presentare all'intera classe il proprio approccio ideale all'integrazione multiprofessionale di competenze e conoscenze. Gli studenti sono invitati a confrontarsi e riflettere su come le diverse professioni possono contribuire al caso e come le varie forme di conoscenza e informazione possono essere integrate nella progettazione riabilitativa. La discussione è aperta a tutti i compagni di classe, che possono anche porre domande. Il docente funge da moderatore delle discussioni. In totale, per questo passaggio sono assegnati 60 minuti.

## STEP 4:

Questa è la fase finale della sessione di gioco di ruolo. Insieme agli studenti l'insegnante riflette e riassume le abilità più importanti apprese ed evidenzia gli argomenti che sono stati affrontati e appresi attraverso questa attività.

L'insegnante potrebbe anche introdurre domande su quale tipo di conoscenza è rilevante da discutere e utilizzare in un caso come Marias. Oltre alla letteratura basata sull'evidenza, si potrebbero fare riferimenti al lavoro di Bengtsson (1993), dove parla della distanza come possibilità e propone tre forme di distanza per acquisire conoscenza sulla pratica. Il distanziamento è descritto come uno strumento per acquisire conoscenza sulla propria pratica o sulla pratica del MDT, in modo da poter imparare da essa, relazionarsi con essa e rendere possibile l'insegnamento della pratica professionale.

Il primo percorso, tra i tre, implica l'autoriflessione sulla nostra pratica, come esplorato nel Passaggio 1. L'autoriflessione ci consente di creare un senso di distanza da noi stessi.

Nella fase 2, le riflessioni condivise avvengono all'interno dei gruppi che svolgono i ruoli MDT (Multidisciplinary Team). Bengtsson traccia parallelismi tra questo processo e il dialogo. In questo caso, il distanziamento viene introdotto attraverso il coinvolgimento di un'altra persona, ad esempio un collega.

Come punto finale, la ricerca scientifica viene presentata come un mezzo per acquisire conoscenze nella pratica. Attraverso la ricerca scientifica, il distanziamento avviene spesso attraverso la prospettiva di uno sconosciuto, tipicamente in terza persona. Le fasi 3 e 4 offrono l'opportunità di riflettere su questo aspetto e discutere le evidenze scoperte in letteratura.

Inoltre, la discussione a livello di classe potrebbe esplorare la possibilità di apprendere dalle esperienze dei professionisti e dei VIP, integrandole come complemento all'approccio basato sull'evidenza, in particolare in un caso come quello di Maria.



## RIFERIMENTI

Bengtsson, J. (1993). Theory and practice: two fundamental categories in the philosophy of teacher education. *Educational Review*, 45(3), 205–211.

Berndtsson, I., & Kroksmark, U. (2008). *Kunskapsutveckling inom synområdet* [Knowledge development in the field of vision]. Hjälpmedelsinstitutet.

De Vaus, D. A. (2001). *Research design in social research*. SAGE.

Law, M. & MacDermid, J. (2013). *Evidence-based rehabilitation*. SLACK.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods* (3<sup>rd</sup> Ed). John Wiley & Sons.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* [Evidence-based nursing: A bridge between research and clinical practice] (4th ed.). Studentlitteratur.

<https://www.cochranelibrary.com/>