

DOTT. MORENO ROCCATO

**L'uso del paziente simulato nella
didattica in medicina generale**

Relatori: Dott. Fabrizio Valcanover
Dott.ssa Norma Sartori

Alla fine di un lungo viaggio...

Mi accendo la solita sigaretta.....

Mi invento una nuova stupidaggine...

... Ti regalo il mio ultimo sorriso...

Grazie a tutti

R.M.

Dedicato alla mia famiglia,

a Silvia

...e a tutti coloro che porterò per sempre con me...

A Fabio Paganin, il medico di Dio..

INDICE

Prefazione	
Abstract	
1. Metodo clinico, didattica e medicina generale	
2. Approccio olistico e nuovo metodo clinico in medicina generale	
3. Il paziente simulato	
4. L'esperienza di Trento	
4.1 <i>Svolgimento della tecnica "Paziente simulato" nella concezione della scuola di formazione in medicina generale della Provincia di Trento</i>	
4.2 <i>Obiettivi della metodologia</i>	
5. Interviste in profondità ad alcuni medici che hanno avuto esperienza della metodologia e ad alcuni simulatori	
5.1 Il paziente simulato nella percezione di alcuni medici che hanno fatto l'esperienza metodologica.....	
5.1.1 Percezione dell'aderenza alla realtà (fidelity).....	
5.1.2 Feedback (e voce del paziente).....	
5.1.3 Importanza dei simulatori (La formazione dei simulatori).....	

5.1.4	Feedback dei colleghi.....	
5.1.5	Crescita personale e simulato.....	
5.1.6	Il primo impatto.....	
5.1.7	La presenza del gruppo: premesse al lavoro in team.....	
5.1.8	Metodologia didattica d'aula, differenze con la lezione frontale..	
5.1.9	Esiti (Outcome).....	
5.1.10	Conclusioni interviste ai medici.....	
5.2	Il paziente simulato e l'esperienza di alcuni simulatori.....	
5.2.1	Le emozioni dei simulatori.....	
5.2.2	La necessità di un debriefing.....	
5.2.3	Il medico e il rapporto di fiducia.....	
5.2.4	Il gruppo dei simulatori e i conduttori.....	
5.2.5	Le caratteristiche del simulatore.....	
5.2.6	Utilità del metodo per i medici.....	
5.2.7	Conclusioni interviste ai simulatori.....	
5.3	Oggi ho imparato che	
	Conclusioni generali	
	Bibliografia	

Appendice 1.....

Appendice 2.....

Appendice 3.....

L'uso del paziente simulato nella didattica in medicina generale. (V22)

Dott. Moreno Roccato

Relatori: dott. Fabrizio Valcanover, dr.ssa Norma Sartori.

Prefazione

Norma Sartori e Fabrizio Valcanover

In una forma forse inusuale nella presentazione di una tesi di “specializzazione” in Medicina Generale abbiamo deciso di fare una premessa al lavoro del dr. Roccato Moreno che con intelligenza, impegno e passione ci ha seguito per un anno nel nostro percorso di pratica e teoria del paziente simulato a Trento e in Italia.

La pressoché nulla conoscenza in Italia della metodologia del paziente simulato e la scarsa conoscenza sulle simulazioni in generale sommata all'impossibilità di fare una tesi di ricerca su questo argomento alla Scuola di Trento per motivi organizzativi ed economici (problema questo ricorrente nel mondo quando si parla di simulazioni in campo medico), ci ha convinto a mutare in corso d'opera gli obiettivi iniziali.

Abbandonata l'idea di fare una ricerca su alcuni aspetti dibattuti a livello internazionale (la ricaduta formativa, i problemi di “verosimiglianza”, la formazione dei simulatori, ecc) abbiamo pensato ad un lavoro che introduca alla metodologia, soffermandosi in particolare sull'uso in campo medico e in particolare nell'ambiente della Medicina Generale.

Abbiamo altresì chiesto al dr. Roccato di porre una particolare attenzione all'approccio che abbiamo elaborato in Italia e in particolare alla Scuola di Trento per i medici di medicina generale in formazione, ma anche praticato, adattandolo, in contesti universitari (studenti di medicina), in contesti di formazione continua per medici di medicina generale, in contesti multi professionali e di educazione sanitaria ed anche per riflessioni su aspetti

della metodologia clinica (ad esempio sul metodo clinico e sul processo diagnostico di routine in medicina generale).

Tutto ciò ha comportato alcune scelte tematiche di inclusione e di esclusione ed un'attenzione particolare sulla medicina generale (e in particolare sul percorso di specializzazione), ambito di interesse non prevalente a livello internazionale.

Un'esclusione parziale importante è quella che riguarda l'uso in ambito valutativo. E' bene però precisare che in ambito internazionale questo utilizzo (che comunque necessita di un particolare tipo di paziente simulato) è soprattutto relegato in campo medico all'ambito universitario ed attraversato da molte polemiche (vedi ad esempio Michael Hanna, Joseph J. Fins, 2006). Ben distante dal dibattito italiano sulla "valutazione", ancora artigianale o cervellotico, nella pratica e nella teoria, e fermo alla confusione tra "Assesment" e "Evaluation", impropriamente ambedue tradotti con il termine Valutazione.

Naturalmente quest'ambito è importante ma comunque non era questa la sede di approfondimento, visto che l'approccio metodologico, da noi messo a punto, mira a non scomporre in parti la pratica di simulazione (relazionale, clinico, gestionale) rendendolo un metodo il cui uso prioritario è quello nell'ambito formativo, anche se, in prospettiva, potranno essere sviluppati processuali utilizzabili per valutazioni qualitative globali.

In ogni caso a 44 anni dal primo articolo di Barrows sul paziente simulato (Barrows 1968), pensiamo che questo lavoro, con i suoi limiti e la sua parzialità, possa essere di stimolo in Italia e nell'ambito della medicina generale, allo studio di questa metodologia ma anche alla consapevolezza che docenti non si nasce, né si diventa per diritto, ma è necessario un lungo percorso formativo caratterizzato da auto-riflessione, cultura e pratica. Questa tesi è quindi particolarmente centrata sulla metodologia da noi creata che trova ispirazione soprattutto in alcune esperienze inglesi e che mira ad un approccio olistico formativo.

E' opportuno precisare che la bibliografia presentata (per altro parziale nel mare magnum degli scritti su questo argomento) è quasi tutta stata letta dal collega Moreno Roccatò, con l'eccezione di alcuni testi (Foucault, Edelman, ecc) che comunque sono stati trattati dai sottoscritti in occasione dei tre anni di insegnamenti condivisi con la classe e in alcune parti proposti alla lettura dei discenti.

Buona lettura.

Abstract

To be a competent GP you need to be well-read (a true generalist) and have an open, sensible approach to acquiring knowledge that will fill in any gaps. You need to be able to work as part of a team (you will be part of the primary healthcare team, not to mention the doctor-patient aspect) and you need to be open to differing ethical and cultural ideas and beliefs. That's all just for starters! (S. Gear 2008)

L'approccio allo strumento metodologico formativo e valutativo denominato in ambito internazionale Simulated patient (Paziente simulato) come impostato negli ultimi 6 anni alla scuola di Trento da Sartori N., e Valcanover F. necessita preliminarmente di una riflessione su alcuni aspetti fondamentali dell'approccio disciplinare della medicina generale relative al metodo clinico e al concetto di olistico.

Questa riflessione è importante perché questo approccio metodologico si differenzia dalla maggior parte di approcci internazionali proponendo una metodologia che contemporaneamente vuole comprendere aspetti clinici, relazionali e gestionali, così come accade nelle consultazioni tipiche in medicina generale. Solitamente, infatti, l'uso del paziente simulato (per altro nella sua variante di paziente strutturato/programmato) tende a dividere i tre aspetti sia in ambito formativo che in ambito valutativo.

Il primo capitolo, quindi, si sofferma sulla specificità del metodo clinico in medicina generale, per mostrare come, in realtà, le riformulazioni proposte dai teorici della medicina generale già suggeriscono la necessità di un approccio unitario.

Nel secondo capitolo si approfondisce anche nella sua dimensione storica il concetto di olistico. Anche questo è utile, poiché viene proposta una visione di questo concetto non come somma di aspetti scomponibili, ma come un concetto unitario, globale, e con caratteristiche evolutive come, in fondo, suggeriscono anche le recenti scoperte delle neuroscienze (i neuroni specchio, ad esempio) e l'approccio darwiniano evolucionista che molto si

discosta dall'approccio deterministico e lineare (anche in campo sociale) tipico degli inizi del secolo.

Nel terzo capitolo si entra in merito sulla specifica metodologia, offrendo un parziale ma ampio panorama internazionale sull'approccio a questa metodologia

Nel quarto capitolo si entra in merito alla specifica metodologia proposta alla Scuola di Trento.

Nel quinto capitolo utilizzando un approccio di ricerca qualitativa con metodologia fenomenologica si propongono i risultati di alcune interviste in profondità lette con la tecnica del "Meaning Condensation" che esplorano il punto di vista di diversi medici che frequentano ed hanno frequentato il corso di Trento ed hanno partecipato ad alcune sedute del paziente simulato nell'ambito del percorso triennale. Vengono inoltre proposte tre interviste ai simulatori che negli ultimi 6-8 anni hanno attivamente contribuito a creare e far crescere questa esperienza. Il loro punto di vista è utile sia per capire il metodo, i suoi obiettivi ma anche per mostrare come questo particolare uso dei simulatori – pur differente dalle esperienze internazionali – sia utile per avvicinare, in ambito formativo, il mondo dei medici di medicina generale con quello dei pazienti. Alla fine di questo capitolo verrà proposto il particolare feedback d'aula previsto da questa metodologia che interroga tutti i partecipanti alla seduta sul momento di apprendimento, a prescindere che fossero docenti, discenti o simulatori.

Seguono le conclusioni e una raccolta bibliografica selezionata e, nelle appendici 1,2,3 informazioni relative al metodo di ricerca ed alla sua articolazione, e la traccia delle interviste fatte ai medici e ai simulatori.

1. Metodo clinico, didattica e medicina generale.

Il metodo clinico che è stato utilizzato per più di un secolo, è da diversi decenni sotto la lente di ingrandimento della medicina generale a livello internazionale. La crescita culturale della medicina generale, che in quasi tutto il mondo (Italia esclusa) si è guadagnata la definizione di specializzazione, ha da tempo avviato un dibattito anche sulla specificità del metodo clinico nel suo ambito professionale, dibattito che si è manifestato con il crescente interesse per aspetti relazionali e di contesto, relativi alla consultazione ma anche alla particolare metodologia di approccio al paziente.

All'inizio degli anni 90, a conclusione di un percorso di riflessione e di pratica della medicina generale I.R. McWhinney sottolineava che la necessità principale è il cambiamento di contesto in cui le competenze del medico vengono usate¹. La trasformazione comprende quattro principali cambiamenti:

1. *una ridefinizione del compito clinico*
 2. *una nuova percezione del significato di malattia*
 3. *una ridefinizione delle conoscenze mediche*
 4. *un cambiamento nel modo in cui il medico percepisce se stesso*
- (McWhinney 1993:3)

¹ Vale la pena citare anche un "medico della mutua" italiano, pioniere sfortunato delle novità emergenti nella medicina generale internazionale che, anche se misconosciuto, può essere messo tra i grandi della Medicina Generale italiana. Parlo di Francesco Salvestroni che alla fine degli anni 60 pubblicò un testo, "Il Medico della Persona" denso e ricco, prima di scomparire giovane (50 enne) per un incidente stradale nel novembre del 1972.

In questo libro Salvestroni proponeva un'indagine clinica orientata per problemi ed orientata alla persona e proponeva acute riflessioni sul ruolo, sui compiti e sulla mission del futuro medico di medicina generale, riprendendo le riflessioni di un giovane McWhinney sulla necessità di un nuovo approccio disciplinare:

La pratica generale può sopravvivere solo se sviluppa come disciplina; quattro i criteri da soddisfare per avere il diritto di essere una disciplina: a)Un campo di azione unico b) Un ben definito campo di conoscenze c)Un'attiva area di ricerca d)Un'educazione e un istruzione rigorosa (Mc. Whinney 1966, cit in F. Salvestroni 1973:209)

Il metodo clinico finora utilizzato è nato in Francia a cavallo del 19° secolo, prima di allora la medicina mancava di un metodo clinico e di una nosografia che fosse universalmente accettata (Foucault 1996)

All'inizio del 19° secolo per i medici cominciarono importanti cambiamenti professionali culturali e anche in campo didattico: vennero introdotti importanti strumenti come lo stetoscopio di Laennec e si cominciò ad esaminare gli organi interni dopo la morte e a correlare i dati raccolti con i segni clinici. Il risultato fu una radicale nuova classificazione delle malattie basate sull'anatomia patologica. Il cambiamento non comportò solamente un miglioramento della conoscenza in campo medico, ma riguardò il modo in cui i pazienti venivano percepiti. Il cambiamento comportò una riorganizzazione degli elementi che caratterizzano i fenomeni patologici, ad esempio un insieme di segni e sintomi e una definizione di una serie lineare degli eventi patologici, in pratica una saldatura tra la malattia e l'organismo. Questa trasformazione sta alla base dell'inizio dell'era moderna in medicina.

Lo scopo di tale metodo è quello di interpretare i segni e sintomi nei termini di risultati fisico patologici. Il metodo presenta un forte potere predittivo semplificando notevolmente il complesso processo diagnostico, fornendo ai medici un chiaro quadro e struttura che prima di allora non c'era. Allo stesso tempo presenta alcuni punti di debolezza legati anche alla necessità di semplificare l'approccio clinico (il riduzionismo), come ad esempio l'astrazione del concetto di malattia, che risultava piuttosto lontano dall'esperienza del paziente. Il metodo consente di concepire la malattia solamente sul piano della patologia fisica. Esclude in questo modo l'esperienza soggettiva dei pazienti: le loro paure, credenze, percezioni, aspettative e sentimenti; escludendo inoltre la soggettività del medico, che svolge il ruolo di un distaccato osservatore. Queste esclusioni non avevano carattere morale ed etico (anche se su questo aspetto esiste comunque un dibattito) , ma avevano l'obiettivo dichiarato di ridurre i fattori confondenti – e non scientifici – dal processo di diagnosi e cura.

Il metodo è un chiaro prodotto dell'illuminismo, strettamente razionale ed oggettivo. Il metodo quindi considerava la malattia come *disease*, mentre definiva come “funzionale” la malattia percepita dal paziente (*illness*), era tacitamente accettato che “funzionale” equivalesse a “psicogeno”, attuando di fatto una dicotomia mente/corpo come una categoria intermedia definita “psicosomatica²”.)

Negli anni, in concomitanza con l'evoluzione della società, sono cambiate anche le aspettative dei pazienti, con un incremento di insoddisfazione e critiche verso il lavoro del medico, con un incremento della resistenza ad accettare l'autorità del medico e a tollerare un atteggiamento distaccato, tecnico e impersonale. La chiave del problema sta nel fatto che questo metodo è incentrato sul lavoro del medico (*doctor-centred*), mentre la società e il paziente richiede maggiore attenzione a molti altri aspetti della persona, si parla quindi di un metodo clinico basato sul paziente (*patient-centred*). Nel metodo clinico “*doctor-centred*”, l'*illness* del paziente viene interpretata dal medico all'interno di uno schema di riferimento che lascia quindi poco spazio alla relazione e alla reale esperienza del paziente. Nella concezione del “*patient-centred*”, il medico deve comprendere il vero significato dell'*illness* e permettere al paziente di esprimere i propri sentimenti legati al suo malessere, quindi una comprensione della malattia su tutti i livelli da quello microbiologico a quello personale e sociale. Si tratta quindi di stabilire una comprensione reciproca, che necessita però di una continua relazione. Per raggiungere tali obiettivi I. R. McWhinney (McWhinney 1993:5) suggerisce tre punti fondamentali:

² Kleinman e Good, due antropologi americani, con un celebre articolo del 1978 Pubblicato sugli *Annals of Internal Medicine* hanno (re)introdotta nel processo di diagnosi e cura la soggettività del medico e del paziente e del contesto sociale e culturale differenziando i concetti di *disease*, *illness* e *sickness*, concetti che di fatto superano l'approccio “riduzionistico” psicosomatico.

1. il medico, ad ogni consultazione, deve accertarsi della comprensione da parte del paziente della propria malattia, i suoi sentimenti, le sue paure, l'impatto della malattia sulla sua vita e le sue aspettative al riguardo degli esiti e dei trattamenti
2. il medico deve cercare di trovare un piano di comune comprensione col paziente
3. il medico deve accertarsi di avere la convalida da parte del paziente, a proposito della possibilità che il medico gli ha dato di esprimere se stesso e di essere stato compreso

Si tratta, quindi, di obiettivi che il medico deve porsi ad ogni consultazione, attraverso una serie di abilità che il medico dovrà acquisire. Una delle abilità chiave di tale metodo sta nell'*ascolto attivo*. L'ascolto attivo (M. Sclavi 2003) consiste nell'ascoltare il paziente con attenzione, non solo al significato letterale delle parole, ma anche al loro significato espressivo; deve inoltre avere consapevolezza dello scambio emozionale e dei vissuti emotivi del paziente e dell'effetto che hanno sul medico. L'ascolto attivo è una disciplina: una disciplina del corpo così come nella mente e degli affetti. Il medico quindi deve essere in grado di comprendere i vissuti del paziente, il senso che lui attribuisce ai sintomi, il suo punto di vista della malattia, con particolare attenzione che ciò non si trasformi in un pericolo per il medico stesso, di eccessivo coinvolgimento e sentimenti disturbanti. Per sfuggire alla trappola dell'eccessivo coinvolgimento, il medico necessita di una profonda conoscenza di se stesso, onde evitare di cadere nel burnout o di fare errori di valutazione clinica. Si capisce quindi quanto sia importante la figura del paziente e quanto sia fondamentale una corretta educazione all'approccio al paziente da parte del medico.

Anche per questi motivi in gran parte dell'Europa e nel Nord America, la formazione in campo medico pre e post laurea, prevede nel corso di studi un diretto contatto con il paziente molto precocemente.

L'approccio al paziente può avvenire in diverse modalità, con l'utilizzo di pazienti reali oppure di pazienti simulati. L'introduzione della figura del paziente, come il ruolo attivo nell'insegnamento, rappresenta una piccola rivoluzione all'interno del campo educativo. Un paziente, quindi, non più visto come il fine oggettivo della conoscenza medica, ma come una fonte di risorse ed elementi indispensabili per la formazione in campo medico. Lo studente o il medico in formazione, ha la possibilità così di apprendere direttamente abilità che vanno al di là delle nozioni accademiche, sperimentando direttamente l'elemento che sta al centro del proprio lavoro, il paziente. Il futuro medico può così direttamente affrontare e misurarsi su svariati aspetti della figura paziente, come il contesto emozionale, sociale, culturale e relazionale.

Fini di tale metodo sono: quello di acquisire l'abilità di raggiungere una diagnosi multidimensionale, che tenga conto quindi degli aspetti clinici, sociali, culturali all'interno dei quali la malattia si manifesta nel singolo paziente; una definizione degli strumenti per costruire un adeguato rapporto terapeutico; l'unicità del paziente nelle sue peculiari caratteristiche e la possibilità, quindi, di trattamenti e terapie diverse in pazienti con la stessa patologia, nel rispetto delle singole necessità; la necessità di una continua ricerca, soprattutto nella medicina generale, non solo biomedica ma anche ricerca della soddisfazione del paziente, ad ogni livello della sua singola complessità. Questo dovrebbe essere quindi il fine di ogni insegnante che, a qualsiasi livello, dovrebbe raggiungere con i propri studenti.

2. Approccio olistico e nuovo metodo clinico in medicina generale

Il termine “**olismo**” deriva dalla parola greca “**olos**” che significa tutto, intero. Questo termine però non va confuso con l'altra parola greca “**pan**”, che anch'essa significa tutto, ma inteso come insieme di parti ben distinte tra loro.

Con il termine “Olistico” s'intende solitamente la sommatoria funzionale delle parti che è sempre maggiore/differente della somma delle prestazioni delle parti prese singolarmente. Infatti l'olismo è una posizione filosofica basata sull'idea che le proprietà di un sistema non possano essere spiegate esclusivamente e analiticamente tramite le sue singole componenti. Un esempio di struttura olistica è l'organismo biologico, poiché un essere vivente, in quanto tale, non può essere spiegato solamente come un insieme di singole parti che lo compongono, ma come una unità, totalità di componenti che collaborano fra di essi, dando vita a qualcosa di diverso, nuovo rispetto alle parti che lo compongono.

Una concezione che si scontra con la filosofia del “riduzionismo scientifico” o dell’“atomismo”. Le parole *olismo* e *olistico*, sono state coniate negli anni venti da [Jan Smut](#) (1870-1950) uomo politico, intellettuale e filosofo sudafricano, autore di *Holism and Evolution* del 1926. Essendo un approccio generale o forma di pensiero, l'olismo si può applicare a molte discipline. Infatti esiste un olismo ontologico, ad esempio, che sostiene che la realtà è fondamentalmente fatta di interi, l'olismo originario, si tratta di una scienza dei cicli e le sue più grandi applicazioni si hanno proprio nelle pratiche orientali come l'agopuntura, l'olismo sociale, metodologico, etico, semantico ecc...

Si parla di olismo anche in medicina, inteso come un approccio integrativo alla medicina che intende indagare le cause fisiche, psicologiche, spirituali e sociali che si accompagnerebbero all'insorgere delle malattie, facendo assumere ai sintomi quasi un significato simbolico. Gli autori più noti che si rifanno a questa corrente di pensiero sono il medico austriaco Rudiger

Dahlke (R. Dahlke, 1998) e la biologa canadese Claudia Rainville. (C. Rainville, 2000)

In realtà, all'interno della stessa filosofia olistica esistono due distinti filoni di pensiero su come l'"oggetto olistico" prenda forma. Rimanendo in ambito medico, l'approccio olistico all'individuo da una parte viene considerato come la sommatoria degli aspetti bio-psico-sociali dell'individuo, dall'altra corrente di pensiero, come una "manifestazione", un qualcosa di nuovo che si manifesta, che emerge dall'integrazione delle singole parti. Secondo il primo filone di pensiero, la malattia è considerata come un processo dove assume uguale importanza il fattore biologico, psicologico e sociale. Il medico, quindi, nella cura della persona dovrà tener conto dei valori, credenze del paziente e della sua famiglia, la situazione culturale e socio-ecologica della comunità nella quale vive, e devono essere quindi trattate come parti separate ma integrate dello stesso sistema. Nell'altro filone di pensiero, sostenuto e fondato dallo stesso Jan Smut, l'olismo è definito come "il principio che sta alla base della tendenza sintetica dell'universo", il principio che muove l'origine e il progresso delle parti dell'universo. In questa ottica quindi le varie singole unità di un sistema contribuiscono alla evoluzione e manifestazione di qualcosa di nuovo, di una nuova unità scaturita da un naturale processo, un processo inevitabile in quanto insito nel principio che muove la natura e l'universo. J. Smut, nell'ottica di questa corrente di pensiero, arriva a scontrarsi, inevitabilmente, con quelle che sono le teorie meccanicistiche e positiviste tipiche dell'inizio del secolo, dando invece una innovativa e pionieristica interpretazione evoluzionista della teoria darviniana che solo negli ultimi 30 anni verrà ripresa ed approfondita da diversi autori e scienziati di diverse discipline.

Nell'ambito medico, questa teoria si traduce nel considerare l'individuo paziente come il frutto di un complesso processo di unità biologiche, psicologiche e sociali; considerandoli, quindi, non tanto come singoli aspetti di un intero, ma come fattori che mescolandosi e interagendo si manifestano nell'unicità della persona.

L'approccio olistico sembra rispondere a pieno alla necessità manifestata sul finire del XIX° secolo, di un nuovo metodo clinico in medicina generale.

Ian McWhinney nel suo scritto del 1993 pur senza parlare esplicitamente o entrare in merito al termine olistico, di fatto di questo parla quando riflette sulla necessità di cambiare il vecchio metodo clinico incentrato sulla patologia, sulla conoscenza tecnica per passare ad un approccio centrato sul paziente che tenga conto in primo luogo del paziente stesso, delle sue emozioni e della sua soddisfazione, cogliendo anche come questo approccio diverso poteva portare vantaggi per il medico.

“Learning to practice patient-centred medicine is a process that changes us. One of things that convinces me of its rightness is the numbers of doctors who have told me how practice has taken on new meaning for them since they started to work in this way.

When I spoke about this three years ago, a student asked me if I thought practicing in this way – since it exposes one’s vulnerability – would lead to “burn out”. My response was that the opposite is true. It is the medicine of detachment, defensiveness and suppression of feeling that more often leads to alienation and exhaustion.” (McWhinney 1993:6)

Questa nuova ottica di fare clinica prevede inevitabilmente delle competenze cliniche da cui partire, ma richiede una maggiore attenzione alle “necessità” del paziente: la chiave di questo nuovo metodo è quindi nell'ascolto attivo da parte del medico, che deve quindi valutare la percezione della malattia da parte del paziente, le sue emozioni e le paure legate alla patologia in essere e l'impatto che la stessa può avere nella sua quotidianità; il medico dovrà inoltre cercare un campo comune di intesa col paziente e accertarsi di aver dato modo al paziente di esprimersi e di aver compreso le sue necessità. Si tratta quindi del passaggio da un ambito microbiologico ad un ottica personale e sociale, che può avvenire solamente attraverso un accordo tra medico e paziente su quale sia il significato di malattia a tutti i livelli. Questo comporta quindi il passaggio da una medicina che fa riferimento solo a dati,

statistiche e protocolli, ad una cura fatta su misura per ogni singolo paziente in base a tutti gli aspetti della sua unicità.

3. Il paziente simulato

Il paziente simulato è uno strumento didattico d'aula, per la formazione di professionisti particolarmente usato in campo medico nell'Europa del Nord e negli Stati Uniti. In questi paesi è sistematicamente utilizzato nelle università, con obiettivi formativi rivolti a medici ed infermieri e spesso anche con scopi valutativi. La metodologia affonda le sue radici nei lontani anni sessanta, quando nel 1963 il dr. Howard Barrows sperimentò il primo paziente standardizzato all'Università del Southern California simulando la storia clinica e la visita di un paziente paraplegico affetto da sclerosi multipla, nell'ambito della formazione specialistica in neurologia. La necessità di tale “tecnica” nacque in Barrows con l'intento di colmare il grande gap nella formazione degli studenti, tra la preparazione teorica e la pratica clinica.

La tecnica è stata poi evoluta e modificata, a tutt'oggi non esiste un'univoca interpretazione dello strumento, bensì si trovano differenze procedurali, di obiettivi e di campi applicativi, variabili al variare anche dalla cultura del paese in cui si utilizza.

La metodologia del Paziente simulato si differenzia in due³ principali tipologie, con caratteristiche ben precise e obiettivi distinti, sono:

- Paziente standardizzato/Paziente strutturato
- Paziente simulato

Il dibattito internazionale riguarda soprattutto le differenze tra *Paziente*

³ In realtà l'utilizzo delle simulazioni è molto più esteso dell'ambito medico (infermieri, assistenti sociali, ospedali con uso interprofessionale, ecc.) e molti sono le definizioni (ad es. Meller G. 1997) e gli approcci metodologici. In particolare sono utilizzati anche dispositivi ad alta tecnologia e manichini che simulano parti di esseri umani usati in combinazione anche con simulazioni miste con pazienti simulati. Esistono inoltre setting complessi pluriprofessionali, e un acceso dibattito sulla efficacia, sulla ricerca e sugli strumenti di validazione. Un parziale panorama, per altro molto qualificato e non in ambito medico prevalente, si può trovare sul sito dell'americana ed internazionale Assotiation of Standardized Patient Educators (www.aspe.org) o anche nella parziale ma interessante review della BME (S.B. Issenberg, W.C. McGaghie, E.R. Petrusa, D.L. Gordon, R.J. Scalese 2005)

*Standardizzato/Strutturato, Paziente Simulato*⁴, il problema dei costi e del reclutamento e della formazione dei simulatori.

Si deve precisare che nella letteratura c'è una certa ambiguità nell'utilizzo della terminologia "Simulato"- strutturato – standardizzato – programmato, che a volte vengono definiti in modo intercambiabile anche se per semplicità in questo scritto terremo separati i due concetti: il paziente simulato da una parte e il paziente strutturato, programmato, standardizzato come sinonimi dall'altra, pur presentando essi lievi differenze, soprattutto nella loro storia evolutiva e nel contesto in cui vengono usati.

Il paziente Standardizzato/Strutturato prevede il reclutamento e la formazione di simulatori, i quali, recitano un vero e proprio copione, con risposte standard. La tecnica quindi risulta ben riproducibile e per questa sua caratteristica viene maggiormente utilizzata a scopo valutativo e meno in campo formativo (ad es. come supporto alla metodologia del problem based learning).

Il paziente Simulato prevede il reclutamento e la formazione dei simulatori, senza dare loro un copione, ma semplicemente un canovaccio. La simulazione non prevede risposte standard se non in piccola parte e in relazione a qualche dato anamnestico e alla descrizione di sintomi, lasciando la possibilità di libera interpretazione del simulatore, calato nella parte, a seconda della sua personalità, emozioni e vissuto. Il Paziente Simulato, quindi, è più simile al paziente reale ed è più utilizzato nella formazione. Entrambe le tecniche prevedono come punto cruciale il cosiddetto "feedback", la parte finale della tecnica che rappresenta il risultato di tutto il lavoro. In campo valutativo esso è inteso come un vero e proprio giudizio, valutazione del discente da parte dei simulatori e/o dei docenti, invece in campo formativo, come nell'esperienza di Trento per esempio, esso rappresenta il frutto di una discussione d'aula, a partire dalla simulazione, che si estrinseca nel "oggi ho imparato che..", dove ogni discente che ha partecipato al simulato, sia attivamente che come spettatore, esprime ciò che

⁴ Da ora in poi il termine Paziente Simulato nelle verrà sintetizzato con la sigla PS SP SPs; qualora si parli di paziente strutturato od altro verrà usato il termine esteso

in quella simulazione d'aula ha destato la sua attenzione, oppure che gli ha fatto rivalutare magari il suo modo di agire in situazioni simili o più semplicemente le emozioni che ha provato.

Un altro importante feedback è quello del simulatore offerto immediatamente dopo la consultazione. Questa restituzione si differenzia dal feedback dato dai simulatori in altre realtà internazionali: in quella olandese ad esempio al simulatore vengono fornite anche alcune competenze cliniche che lui stesso restituisce al dicente. Nell'esperienza trentina, invece, il simulatore esprime proprio la sua visione laica e profana, i suoi dubbi, quello che non ha capito, le perplessità o gli apprezzamenti sulle strategie del medico, restituisce in conclusione quella che Sartori e Valcanover hanno definito "la voce del paziente" .

Nell'ottica quindi di una formazione personale, di una maggior coscienza di se e del proprio modo di agire per una crescita professionale intesa come connubio di conoscenza tecnica, gestione delle emozioni e delle complessità sociali. Risulta evidente come anche la figura del simulatore debba essere necessariamente diversa a seconda che la tecnica venga usata in campo valutativo o di formazione. In campo valutativo il simulatore deve essere ben istruito sul ruolo che deve recitare, deve garantire una perfetta riproducibilità della prestazione, deve essere formato per essere in grado di dare un giudizio sul discente a seconda degli scopi dei docenti e in alcuni casi gli è richiesta inoltre una seppur minima competenza in campo medico.⁵

Nell'esperienza della Scuola di Trento, invece, dove è stato usato a scopi

⁵ Esula dai contenuti di questa tesi parlare in profondità dell'uso del paziente strutturato in ambito valutativo. Comunque di solito sia in ambito universitario (la cui validità d'uso per alcuni aspetti è controversa come già accennato nella premessa – M.Hanna ed altri 2006)) dove viene utilizzato lo strumento OSCEs), sia in UK (J. Wallace e altri 2012) dove viene usato anche nell'ambito post graduate, all'interno di un percorso valutativo complesso, dove viene usato lo strumento nMRCG (S. Gear 2008) la valutazione viene preceduta da uno specifico percorso formativo dei discenti all'uso della metodologia, facendo diverse simulazioni in diversi contesti. Inoltre molte realtà Europee hanno introdotto lo strumento OSCEs in ambito valutativo (JJ Rethans 2010-3); in Olanda in particolare, presso la Maastricht University dopo 20 anni di uso del paziente strutturato nella didattica è stato perfezionato un autonomo strumento valutativo, il MaSP – Maastricht Assesment of Simulated Patients), anche se, come detto, questo aspetto non costituisce l'aspetto rilevante dell'uso del paziente simulato ed è comunque collocato in un percorso didattico dove – anche in ambito universitario – l'uso formativo è prevalente. (L.A. Wind ed altri 2004)

formativi, il simulatore non necessita l'acquisizione di competenze mediche, ma partecipa attivamente nella preparazione del "caso" da simulare, che partendo spesso da casi reali, vengono modificati ed aggiustati anche sulla base delle preferenze e/o esperienze personali dei simulatori stessi, non esprime, infine, giudizi valutativi, ma un proprio "feedback" personale che risulta assai utile al discente stesso come specchio del suo modo di agire, sempre nell'ottica di un miglioramento e crescita come professionista.

Secondo la letteratura internazionale (*J.J. Rethans 2010-1; J. Spencer 2006*) la tecnica del PS presenta molteplici vantaggi e svantaggi, legati all'utilizzo della tecnica, all'utilizzo dei simulatori ed altri numerosi aspetti.

I vantaggi sono rappresentati da:

- **Miglioramento competenze cliniche e conversazione** come possibilità alternativa ad altri strumenti statici data agli studenti
- **La convenienza dal punto di vista delle risorse umane:** un simulatore può tollerare più studenti rispetto ad un paziente reale.
- **La standardizzazione** – laddove si usa il paziente strutturato -, che permette un confronto diretto delle abilità degli studenti, sia a livello locale che nazionale e internazionale.
- **Didattica dell'occasione:** poter focalizzare su un obiettivo didattico indipendentemente dalla disponibilità pratica dello stesso, assicura l'orientamento agli obiettivi stabiliti.
- **Pratica intenzionale:** permette cioè di esercitarsi ripetutamente su un singolo caso prestabilito.
- **Dimensione ludica della metodologia:** permette una piacevole e facilitata immersione nel compito formativo.
- **Concentrazione sull'obiettivo didattico:** elimina gli elementi di confondimento presenti nella realtà e diminuisce i rischi di apprendere prassi sbagliate,
- **Standard di prestazione.**

- **La sicurezza:** cioè la possibilità di affrontare situazioni che potrebbero non essere in grado di gestire da soli in un contesto clinico reale, o in cui l'uso di un paziente reale potrebbe essere inappropriato (ad esempio una consulenza di un malato di cancro) o di imparare a gestire situazioni potenzialmente imbarazzanti, come esami pelvici o della mammella.
- **L'efficienza:** in quanto il monitoraggio degli studenti e dei loro progressi necessita di una supervisione di un numero minore di medici docenti.
- **La compressione/espansione del tempo:** in quanto permette allo studente di avere una visione longitudinale della storia clinica del paziente in un tempo ridotto.

Sempre secondo Rethans (J.J. Rethans 2012-2), la tecnica presenta alcune limitazioni:

- Impossibilità dei simulatori di poter ricreare fedelmente alcuni segni clinici, come soffi o suoni polmonari⁶.
- La necessità di incontri multipli per una completa formazione, in quanto, spesso una simulazione tratta un caso specifico e permette di valutare la competenza clinica in un ambito limitato.
- La difficoltà e i costi del reclutamento e formazione dei simulatori, rispetto all'utilizzo di pazienti "reali".

Essendo il SP , una tecnica educativa, sia in ambito formativo che valutativo, sono state analizzate alcune delle proprietà scientifiche della metodologia, in particolare la validità e l'affidabilità.

⁶ In realtà esistono sul mercato internazionale dispositivi (molto costosi) che possono integrare la simulazione senza sminuire l'importanza del simulatore. In particolare fra le altre cose sono in preparazione degli stetoscopi che simulano rumori polmonari e cardiaci normali e patologici. (Comunicazione personale di Sartori e Valcanover dopo la partecipazione al secondo congresso europeo del Paziente Simulato tenutosi a Losanna (Svizzera) 1 e 2 novembre 2012

Validità

Quando si parla di “validità” in riferimento al SP, ci si riferisce alla misura in cui il SP assomiglia ad un paziente reale. Rethans e coll. (2007) hanno condotto degli studi su pazienti standardizzati mandati in incognito negli ambulatori dei medici, con o senza preavviso. Hanno rilevato che, solo nell'1% dei casi, i medici sono riusciti a “smascherare” il simulatore, nella maggior parte dei casi in seguito ad errori tecnici (tessera sanitaria falsa) e non tanto alla simulazione stessa.

Affidabilità

L'affidabilità riguarda invece la coerenza e la precisione della simulazione, intese come la capacità di riprodurre la simulazione nella stessa maniera in consultazioni diverse (coerenza) e la percentuale di caratteristiche cliniche essenziali presentate correttamente nei vari incontri (precisione).

Risulta chiaro che il metodo PS assume una più alta validità e affidabilità quanto più il simulatore è ben istruito e formato. A tal proposito Rethans stila una serie di criteri ben precisi per quanto riguarda il reclutamento dei simulatori, la loro formazione, sfruttando le caratteristiche anagrafiche, caratteriali e di vissuto, in base al tipo di caso che deve essere rappresentato e allo scopo che si prefigge la simulazione nei singoli casi. Tratta inoltre anche dei costi legati all'utilizzo dei simulatori, dalla retribuzione agli stessi alle spese di gestione per la formazione e messa in atto della tecnica. I costi infatti risultano una limitante non trascurabile della fattibilità della tecnica nei vari ambiti di applicazione.

Negli ultimi anni poi si è molto discusso di come il ruolo di simulatore possa influire sul simulatore stesso. Attraverso focus group o interviste individuali si è riscontrato un'importante ripercussione sulla personalità dei simulatori, dovuti soprattutto allo stress o vere e proprie ingerenze del personaggio nella vita normale del simulatore. La frequenza e gravità di questi disturbi dipendono soprattutto dalla frequenza di simulazioni, dal numero di discendenti affrontati e dalla complessità del personaggio da rappresentare. Rethans

infatti stila un vero e proprio vademecum, rivolto ai coordinatori del SP, dove fornisce delle regole di gestione dei simulatori onde evitare il burnout degli stessi. In tutti i paesi dove la tecnica è ampiamente usata, esistono vere e proprie scuole per la formazione dei simulatori e una relativa banca dati dove attingere personale a seconda della singola rappresentazione e/o obiettivo specifico che si vuole raggiungere.

L'utilizzo della tecnica del paziente simulato è ampiamente diffusa, sotto varie forme e con diversi obiettivi, negli Stati Uniti, in Asia, Australia e in gran parte dell'Europa

Un esempio significativo è rappresentato dalle esperienze di 13 medical school, il corrispettivo delle nostre università, in Belgio e Olanda, dove il paziente simulato e standardizzato sono ampiamente utilizzati nel corso di studi nelle facoltà di medicina, con obiettivi diversi e sfumature metodologiche differenti. (J.J. Rethans 2012)

Ad esempio a seconda degli obiettivi didattici e del corso di studi vengono utilizzati diversi metodi di paziente simulato o strutturato con diverse sfumature che li differenziano fra loro: la metodologia start-stop, il training on the job, il dramatic role playng, il carousel model with role rotation, l'individual simulated patient encounters e lo standardized PS for assessment.

Come si può ben capire non esiste un unico metodo applicativo del paziente simulato, l'utilizzo di tale metodo implica l'individuazione a priori degli obiettivi che si vogliono raggiungere e delle figure professionali a cui rivolgerlo, affinché risulti un elemento importante e un fattore aggiunto nell'insegnamento, nella formazione o valutazione.

In Italia l'ambito dove è prevalentemente utilizzata la tecnica della simulazione è quello della formazione infermieristica o dei volontari della croce rossa o nel campo dell'emergenza sanitaria e non esiste alcuna scuola o banca dati dei pazienti simulati. Non esiste letteratura che descriva l'uso della metodologia all'interno delle università italiane né nell'ambito della formazione post laurea.

4. L'esperienza di Trento

La “scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento” è l'unica scuola di formazione in Italia che ha sperimentato negli ultimi anni l'utilizzo della metodologia del paziente simulato. Il PS viene svolto dal Dr. Fabrizio Valcanover e dalla Dr.ssa Norma Sartori, esperti della tecnica in Italia, con varie esperienze internazionali.

L'uso del Paziente Simulato non viene svolto come mera metodologia didattica, ma come strumento di integrazione alle varie sessioni didattiche d'aula. Ad esempio come integrazione al seminario sul paziente con asma e BPCO, sul paziente psichiatrico o su come comunicare cattive notizie. La metodologia PS, utilizzata nella scuola di Trento è l'esito di successive modificazioni ed evoluzioni della classica tecnica del Paziente Strutturato tanto applicata a livello internazionale, presentando così peculiarità non presenti o presenti solo in parte in altre esperienze europee ed americane. La metodologia utilizzata è il frutto di un'elaborazione originale, iniziata nel 2003 dopo contatti con realtà universitarie inglesi che la utilizzavano soprattutto nella specializzazione in medicina generale (tramite il dr. G. Parisi quale referente della Scuola di Trento) e proseguita nel 2005 con un incontro formativo con la prof.ssa Evelyn van Weel-Baumgarten responsabile a Niemeghen (Olanda) della formazione e dell'uso del SPs in ambito universitario.

Questa metodologia originale è stata presentata ufficialmente in campo internazionale al congresso Wonca nel 2009 a Basilea e si è arricchita attraverso la partecipazione a confronti con esperienze olandesi e svizzere e con la partecipazione nel 2011 al X Convegno dell'Aspe (Association of Standardized Patient Educators) a Nashville - USA - e in particolare al workshop formativo “Standardized Patient Essential for Begginers”; nel 2012 ad un corso ESMESIM nell'ambito del congresso AMEE a Lione ed anche a Losanna ai primi Novembre 2012 al 3rd Swiss Conference on Standardized Patients and Simulation in Heath Care (con partecipazione anche al

workshop “A step-by-step approach to OSCE Case writing – Based on Medical Council of Canada Procedures)

L'originalità della tecnica consiste in alcune peculiarità, presenti in parte in altre esperienze europee o americane:

- L'**approccio olistico**, tipico della medicina generale, che prevede cioè la valutazione e gestione contemporanea degli aspetti clinici, relazionali e sociali che emergono in una consultazione.
- La messa in scena di **casi reali**, opportunamente modificati per adattarli il più possibile al simulatore e per rendere non identificabile il paziente
- L'impiego di **canovacci** molto lassi, con la possibilità del paziente di lasciar emergere elementi della propria personalità e della propria storia di vita, con una bassa standardizzazione.
- Una **discussione**, dopo la consultazione, non solo sugli aspetti clinici, relazionali e gestionali, ma anche sui sentimenti e le emozioni di medico e paziente, che diventano essi stessi elementi di discussione e veicoli di apprendimento significativo
- Un immediato **feedback dei simulatori** (la voce del paziente) in plenaria e guidato dai conduttori
- **Feedback anonimo** (“oggi ho imparato che...”) da parte di tutti i partecipanti sugli elementi di novità emersi ed appresi durante la sessione; la restituzione viene condivisa in plenaria con tutti i presenti

Un elemento fondamentale, per la buona riuscita della tecnica PS, è rappresentato dalla scelta e la formazione dei simulatori. Infatti sono stati individuati alcuni criteri per la scelta dei simulatori, nel format originale dell'esperienza di Trento, alla fine di evitare complicazioni, legate alla personalità del simulatore, e poter ottimizzare la rappresentazione, anche in base agli obiettivi preposti nella singola simulazione. Le caratteristiche principali nella scelta dei simulatori sono:

- assenza di malattie gravi (anche pregresse)
- assenza di parenti con malattie gravi
- assenza di disturbi psichici
- assenza di cause giudiziarie con SSN
- assenza di professione nell'ambito sanitario
- assenza di esperienza come attore professionista
- presenza di motivazione e fiducia nella tecnica

La formazione dei simulatori è un percorso piuttosto complesso, che necessita di incontri periodici e di forte motivazione da parte del paziente. Ogni singola simulazione prevede almeno un incontro preliminare con i simulatori (briefing). Rappresenta questo un momento fondamentale, in cui viene spiegato il caso, stabiliti i punti focali, espressi gli obiettivi e aperta una discussione con i simulatori. Durante la discussione gli stessi simulatori, con la mediazione dei conduttori, possono fornire suggerimenti e modifiche al caso reale, in base alla propria esperienza personale, per rendere più "reale" la simulazione; vengono ascoltati i vari suggerimenti da parte di tutto il gruppo su come "calarsi" nella parte; vengono discusse eventuali modificazioni al canovaccio a seconda degli obiettivi preposti, valutando il punto di vista del paziente; si stabiliscono alcune risposte ad eventuali domande – soprattutto di carattere clinico - che il medico potrebbe fare, onde evitare imprecisioni o errori nel processo diagnostico che il discente dovrà condurre. Sempre nell'ottica degli obiettivi da raggiungere e in accordo con la personalità del simulatore stesso si discutono le risposte che caratterizzano il personaggio da un punto di vista delle relazioni familiari, sociali e a proposito del suo atteggiamento nei confronti della salute e della malattia; si ricercano infine –elementi, nel vissuto del simulatore, che potrebbero emergere nella consultazione, al fine di evitare confondimenti ed eventualmente sfruttarli per ottimizzare il consulto. Al termine della consultazione, anche a distanza di qualche giorno, viene svolto un "debriefing" con i simulatori, allo scopo di valorizzare l'esperienza del consulto, esprimere la propria opinione

sull'esperienza, permettere al simulatore di “scaricare” la tensione accumulata durante la performance e poter “liberarsi” dal “personaggio” che ha impersonato. Alla luce delle esperienze internazionali, in cui il burnout dei simulatori rappresenta uno dei principali problemi del PS, il momento del debriefing risulta un elemento fondamentale per la gestione e mantenimento di un gruppo di simulatori.

4.1 Svolgimento della tecnica “Paziente simulato” nella concezione della scuola di formazione in medicina generale della Provincia di Trento

La sessione ha una durata media di 3 ore (due e mezza di lavoro e mezzora di debriefing con i simulatori) con la possibilità di utilizzare due o tre casi diversi o di ripetere lo stesso canovaccio più volte, a seconda degli obiettivi formativi che si vogliono raggiungere. Il numero di partecipanti può oscillare tra gli 8 e i 20, dove un componente parteciperà alla simulazione e il resto dei discenti assiste alla consultazione. La metodologia può avvalersi anche della videoregistrazione che risulta assai utile sia per il medico che partecipa attivamente, così che possa vedersi in azione, sia per i conduttori e i discenti che possono così rivedere in un secondo momento e/o con più precisione alcuni passaggi della simulazione.

La sessione è costituita da diversi momenti:

- **Introduzione:** viene sommariamente descritto il metodo e le “regole del gioco” che vanno chiaramente e formalmente esplicitate. Questa è una tappa importante per la creazione di un clima di fiducia e collaborazione per il gruppo di lavoro e il rispetto delle regole del gioco è un punto cruciale per la buona riuscita del percorso formativo
- **Consultazione:** avviene tra il medico e il simulatore nella parte del paziente che può essere solo o accompagnato da un familiare. La

consultazione ha una durata media di 10-15 minuti, come una reale consultazione in medicina generale. In questa fase il gruppo assiste in assoluto silenzio lo svolgersi dell'interazione, senza interferire in alcun modo con la consultazione in atto; solo in un secondo momento, al termine della simulazione, il gruppo potrà intervenire con domande e osservazioni, questa rappresenta una regola fondamentale per il corretto svolgimento della metodologia.

- **Feedback del paziente e del medico:** a turno il paziente e il medico esprimono le proprie sensazioni, emozioni, criticità che hanno incontrato nella consultazione. Questo è un momento assai delicato in cui i conduttori hanno la responsabilità di facilitare l'emergere di elementi chiave per il processo di apprendimento di tutto il gruppo.
- **Discussione del gruppo:** in questa fase la parola passa al gruppo che ha assistito alla consultazione. Rappresenta un momento delicato in cui i conduttori sono responsabili del contenimento di eventuali critiche, contestazioni o aggressività, ma soprattutto devono porre molta attenzione al fatto che le osservazioni o le domande di ogni partecipante costituiscano un contributo per l'apprendimento, cambiamento e crescita del gruppo.
- **Osservazioni dei conduttori:** momento in cui i conduttori dovranno indicare altri punti di vista o possibili soluzioni e facilitare la fissazione di elementi formativi emersi attraverso l'utilizzo di metafore, poesie e mappe della consultazione.
- **Osservazioni del docente di contenuto:** osservazioni utili ai discenti e allo stesso docente, come un feedback personale, per la possibilità di ritrarre il metodo e contenuti dell'insegnamento.
- **Feedback collettivo:** il cosiddetto "oggi ho imparato che..." in cui tutti i partecipanti descrivono in maniera anonima e brevemente per iscritto

l'esperienza di apprendimento appena vissuta. È una domanda apertissima, su qualsiasi argomento o elemento emerso nel consulto, non necessariamente di tipo clinico. Come atto finale i vari feedback anonimi vengono condivisi con tutti i partecipanti. (vedi Paragrafo 5.3 con alcuni esempi di feedback collettivo)

4.2 Obiettivi della metodologia

Gli obiettivi che ci si possono prefiggere sono variabili a seconda dei target a cui ci si rivolge. Infatti tale tecnica può essere utilizzata in vari ambiti e rivolta a figure sanitarie differenti, ad esempio nella formazione universitaria (undergraduate), nella scuola di formazione in medicina generale, nella formazione continua di MMG, nella formazione del personale infermieristico. Possiamo identificare alcune tipologie a titolo esemplificativo.

- Applicazione delle linee guida e del proprio sapere teorico (scuola formazione e ambito universitario)
- Approccio al paziente e gestione in autonomia del caso (scuola formazione e ambito universitario)
- Esercitazione di manovre semeiotiche e procedure terapeutiche come suture, medicazioni e fasciature, anche con l'ausilio di protesi (ambito universitario e infermieristico)
- Colmare il gap tra la parte teorica e pratica (ambito universitario)
- Stimolare e far crescere il gruppo nella collaborazione tra pari vincendo l'individualismo e la competitività al fine di rispondere alla crescente richiesta istituzionale di competenza nel lavorare in team in ambito sanitario.
- Stimolare e favorire lo sviluppo di uno stile personale di ogni discente
- Affrontare il problema dell'inerzia professionale, attraverso gli stimoli che possono scaturire dalla discussione e creatività del gruppo
- Consulenza al ruolo, con la “ messa in scena” di esperienze di casi

complessi realmente accaduti, con la discussione e consultazione del gruppo

- Nella formazione continua, come condivisione della propria conoscenza ed esperienza personale
- Setting valutativi, soprattutto in ambito universitario, anche se tale utilizzo è piuttosto discusso, e di difficile attuazione in maniera corretta.
- Indagare le metodologie e i processi diagnostici (esperienza congresso Csermeg a Costermano (Vr), Ottobre 2012, atti di prossima pubblicazione sul sito www.csermeg.it)

Il valore del PS, nel curriculum delle scuole di formazione specifica di MG, risiede infine nella possibilità di esercitare in aula, un ambiente protetto, la relazione medico paziente che non può solo essere insegnata in teoria, né semplicemente praticata con paziente reale, nel tirocinio, senza adeguata formazione. L'intento della metodologia inoltre è quello di un'ulteriore miglioramento professionale da ottenere non solo con l'esperienza personale diretta nel PS, ma soprattutto dal confronto e dai suggerimenti dei colleghi che partecipano alla seduta di simulazione. Inoltre vorrebbe essere uno stimolo allo sviluppo da parte del professionista medico ad una pratica autoriflessiva, sempre con l'obiettivo dell'affinamento e miglioramento della propria professionalità.

Va ricordato, infatti, che il lavoro del mmg è un processo complesso, di utilizzo contemporaneo di problem setting e di problem solving. Le scelte e le decisioni vengono prese per ottenere il risultato migliore, in base agli strumenti a disposizione, e all'ambiente (contesto) di lavoro.

Non dobbiamo dimenticare inoltre l'impostazione del problema, il processo con cui arriviamo alla scelta delle soluzioni, dei mezzi da utilizzare e dei migliori obiettivi raggiungibili. Nella pratica del MMG, i problemi non si presentano al professionista come semplici dati, ma spesso devono essere ricostruiti partendo da dati e situazioni che sono complessi, articolati, confusi

e incerti, lavorando in modo interattivo, dovendo inquadrare il problema in un preciso contesto.

Knowing in action: ci sono azioni, riconoscimenti e giudizi che sappiamo realizzare spontaneamente, senza averci pensato a priori o durante la performance. Spesso siamo inconsapevoli di aver imparato a fare queste cose, ma ci ritroviamo semplicemente a farle.

Reflecting in action: l'improvvisazione consiste nel variare, combinare e ricombinare una serie di figure all'interno di uno schema che delimita e dà coerenza alla performance. Come un musicista che, mentre suona, riflette durante l'azione sulla musica che stanno facendo collettivamente e sul contributo che ognuno individualmente darà ad essa, pensando a quello che stanno facendo ed evolvendo il loro modo di farlo. Allo stesso modo, l' MMG, attraverso il "knowing in action" e il "reflecting in action", può dare un senso nuovo alle situazioni di incertezza e unicità che viene chiamato a risolvere.

5. Interviste in profondità ad alcuni medici che hanno avuto esperienza della metodologia e ad alcuni simulatori.

Le interviste sono state effettuate a medici che hanno fatto o stanno facendo il corso di formazione specifica in medicina generale a Trento e che hanno sperimentato la metodologia del paziente simulato secondo la proposta di Sartori e Valcanover. Anche i simulatori hanno avuto esperienza prevalente della suddetta metodologia e fanno parte del gruppo che è cresciuto negli ultimi 6-8 anni sotto la guida di Sartori e Valcanover.

La metodologia applicata è stata quella ricerca qualitativa con un approccio fenomenologico; sono poi state fatte delle interviste in profondità con lettura tramite la tecnica del “meaning condensation” (Appendice 1)

E' importante sottolineare che questa ricerca è stata soprattutto un' occasione per sperimentare una metodologia di analisi qualitativa e quindi a volte il rigore metodologico è passato in secondo piano. Un'opportunità, quindi, secondo i relatori, di far fare al sottoscritto un'esperienza pratica di approccio qualitativo. Obiettivo delle interviste, e relativa analisi, è quella di documentare, analizzare e riflettere sull'esperienza della metodologia del PS nella scuola di Trento.

5.1 Il paziente simulato nella percezione di alcuni medici che hanno fatto l'esperienza metodologica

Premessa

Ho scelto di rivolger le interviste a medici che frequentano o hanno frequentato la scuola di formazione in medicina generale di Trento e che abbiano partecipato almeno una volta, attivamente, al paziente simulato. Le interviste sono state registrate su file audio, poi analizzate ed estratti i concetti principali e poi discussi in singoli capitoli, seguendo, quindi, la metodologia del "Meaning Condensation", (vedi Appendice 1 e Appendice 2).

I concetti chiave emersi dalle interviste ai discenti e qui discussi sono:

- 1) Percezione dell'aderenza alla realtà (fidelity)
- 2) Feedback (e voce del paziente)
- 3) Importanza dei simulatori (La formazione dei simulatori)
- 4) Feedback dei colleghi
- 5) Crescita personale e simulato
- 6) Il primo impatto
- 7) La presenza del gruppo: premesse al lavoro in team
- 8) Metodologia didattica d'aula, differenze con la lezione frontale
- 9) Esiti (Outcome)

5.1.1 Percezione dell'aderenza alla realtà (fidelity)

Nella letteratura internazionale con il termine fidelity ci si riferisce alla misura in cui il SP assomiglia ad un paziente reale, ed è uno dei criteri di validazione (validity) della tecnica del PS. (J.J. Rethans 2007). In generale dalle interviste emerge una elevata percezione che quella che si sta vivendo sia una consultazione reale. Quasi tutti sostengono che prima di sedersi, prima

di cominciare la consultazione erano consapevoli che il loro paziente non era “reale”.

“..è sempre un malato finto..non lo percepisco come malato perché già lo sai in partenza che è finto..” (L. 29aa M, scuola mmg 2008/2011)

..ma una volta cominciata la consultazione, il paziente assume i connotati di un paziente reale e il medico si immedesima talmente nel suo ruolo che la simulazione viene percepita come una reale consultazione.

“..era ovvio che simulava ma li non si vedeva... durante la consultazione mi dicevo “mi sembra di essere in ambulatorio”..” (l. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..io mi sono immedesimata..in quel momento ero nel mio ambulatorio..quello che poteva esserci nasceva dalla nostra relazione..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

L'elemento fondamentale, che permette una quasi immediata immedesimazione e aderenza alla realtà della consultazione, sembra essere la capacità del simulatore a calarsi nella parte e “impersonare” la patologia.

“Per me era una persona che aveva quel problema.. ancora adesso che mi viene in mente quella persona, ha quella patologia..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..il paziente poteva avere benissimo quel problema, non simulava..” (S. F, scuola MMG 2008/2011)

“..se entrava una persona in aula, sfido chiunque a dire che quella persona non era diabetica..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..Non c'è nulla di costruito..l'ho vista come una cosa sincera, come sono stata io..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

L'obiezione principale all'aderenza alla realtà del paziente simulato, deriva dal fatto che il paziente non può simulare segni della patologia, né il medico può rilevare durante la visita i reperti semeiologici utili ai fini della diagnosi. Questo limite della metodologia è stato trattato anche nella letteratura dallo stesso Rethans ((J.J. Rethans 2012-2). Vale la pena notare però, che la stessa intervistata, che sostiene tale obiezione, ammette che comunque nella sua esperienza di simulazione, il paziente era assolutamente reale, dimostrando che tale limitazione, non pregiudica totalmente la percezione di aderenza alla realtà della consultazione.

“..il paziente simulato non sarà mai completamente come nella realtà perché le mani sul paziente non le metti per visitarlo..e se fai un esame obiettivo non trovi quello che cerchi.” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

“..devi lasciarti coinvolgere, se non ti lasci coinvolgere casca tutto... poi diventa il tuo paziente..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

5.1.2 Feedback (e voce del paziente)

Con il termine feedback nella letteratura internazionale viene genericamente indicata la restituzione formativa ai discenti. Esistono vari tipi di feedback e vari tipi di soggetti che danno il feedback (**J.J Rethans 2010-1**). Nelle interviste ai discenti emerge l'importanza critica del simulatore (la voce del paziente) ancora più di quella dei colleghi (comunque presente) e dei conduttori. Dalle interviste emerge quanto i discenti siano interessati e attenti al feedback del paziente, ritenendolo un elemento fondamentale che dà il valore alla complessa consultazione del simulato.

“..il feedback del paziente è fondamentale, se non c'è perde valore il simulato..” (l. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..utile perché hai il risultato del tuo comportamento...avere il ritorno del paziente è il fattore più importante..” (L. 29aa M, scuola mmg 2008/2011)

La restituzione del paziente, spesso sotto forma di sensazioni, osservazioni e consigli, è molto apprezzata dai discenti, sia per coloro che non hanno avuto molta esperienza in ambulatorio, sia per coloro che vengono da esperienze pluriennali di sostituzioni in medicina generale e continuità assistenziale. Molti tengono a sottolineare come spesso in ambulatorio manchi una reale restituzione da parte del paziente a proposito della soddisfazione, dell'efficacia dell'intervento, del grado di comprensione di quanto il medico ha spiegato, prescritto, consigliato, quindi il simulato rappresenta la prima occasione in cui il medico può misurarsi con il parere del paziente, definito da alcuni come uno specchio del proprio operato.

“..è uno specchio per vedere le mie capacità di gestione in campo clinico..un modo per avere un ritorno..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..il paziente come uno specchio di ciò che hai fatto, non ha motivo di dire fesserie in quel momento..” (L.40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..quando fai ambulatorio e il paziente esce non sai se il paziente ha capito non ha capito..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

Il feedback del paziente viene considerato alla pari di una vera e propria lezione, in quanto, da parte dei discenti, c'è una totale fiducia nelle considerazioni del simulatore. Tale fiducia deriva soprattutto dalla consapevolezza della preparazione del simulatore, che fa da garanzia alla sincerità delle sue opinioni, alla sua totale imparzialità e obiettività.

“..mi fidavo di quello che mi diceva il paziente..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..Il paziente simulatore, è lì per quello..non ha motivo di venirti a dire una bugia..” (L.40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..tutti possono essere dei docenti, nel senso che insegna qualcosa..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

Questa totale fiducia nelle opinioni del simulatore, fa sì che anche qualora il feedback fosse negativo, il discente non lo prende come una critica personale, ma piuttosto come un elemento di crescita e miglioramento della propria professione.

“..il ritorno della simulatrice è stato gratificante..se il feedback fosse stato negativo forse sarebbe stato più utile..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

5.1.3 Importanza dei simulatori (La formazione dei simulatori)

La formazione e gestione dei simulatori è un tema molto dibattuto in letteratura. Esistono delle vere e proprie scuole per la formazione e gestione dei pazienti utilizzati nelle simulazioni, formazione diversificata in base al tipo di simulazione, allo scopo della metodologia e agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Nella piccola realtà dell'esperienza della scuola di Trento, i simulatori vengono preparati ed addestrati ad un tipo particolare di paziente simulato, con l'obiettivo principale di dare un feedback a scopo formativo. Dalle interviste emerge quanto i discenti percepiscano la preparazione dei simulatori che fa da garanzia all'obiettività e sincerità del “ giudizio” del paziente.

La formazione del simulatore, viene avvertita come una sorta di competenza, che lo differenzia dal paziente “reale”, un paziente cioè in grado di dare il suo competente contributo alla corretta formazione del discente. Si tratta cioè di un paziente preparato ad un certo tipo di approccio, addestrato a dare un imparziale e sincero feedback, evitando così di cadere nella trappola del giudizio, della critica o in un feedback compiacente per non ferire il discente. La preparazione del simulatore viene percepita non soltanto nella capacità di restituire un feedback adeguato, ma anche nella capacità di impersonare il paziente con una determinata patologia o disturbo. Infatti, dalle interviste, emerge quanto il simulatore sia indistinguibile da un paziente reale, tanto da permettere al discente di potersi immedesimare nel suo ruolo, come si trovasse realmente nel suo ambulatorio.

“..è fondamentale che il paziente sia addestrato.. perché sennò ti trovi nella stessa situazione di quando sei in ambulatorio..con un paziente qualunque..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..era preparato ad un certo tipo di approccio...c'era una preparazione dietro sua..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..una persona che è stata addestrata a fare il paziente..sia capace di esprimere la patologia, sia di esprimere un giudizio..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..anche nel loro modo di agire sono in grado di focalizzare un loro comportamento e ti danno un aiuto..che prendo per buono..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..il paziente simulatore, è lì per quello..non ha motivo di venirti a dire una bugia..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..anche il parere di un paziente “reale”? Non so, non credo sia importante..è più importante quello dei simulatori perché loro sono pazienti preparati..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

Emerge inoltre dalle interviste, l'importanza di avere simulatori che siano pazienti non medici, in quanto il discente si sentirebbe a disagio e la simulazione sarebbe inficiata da una serie di elementi quali una mancanza di aderenza alla realtà e il timore di un giudizio che andrebbero a pregiudicare la reale utilità formativa della metodologia.

“..il paziente rappresenta la realtà, se fosse un medico non sarebbe reale..un collega la prima cosa che sente è la cosa sbagliata..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..il paziente per istruito che sia è un paziente e non ha quei filtri che ha uno che è un medico ... un medico paziente non è un paziente , lo sappiamo..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..la potenza del simulato è avere queste persone che se anche preparate non saranno mai medici e quindi il loro atteggiamento è sincero..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

5.1.4 Feedback dei colleghi

Dall'intervista emerge l'importanza della presenza critica dei colleghi osservatori. Le osservazioni vengono percepite più come consigli che critiche, e sono ritenute assolutamente necessarie per lo svolgimento corretto e costruttivo della simulazione.

La presenza di un pubblico fatto di medici, non costituisce un elemento disturbante, anzi gli intervistati sostengono che un pubblico composto di medici con esperienze simili alle tue, che hanno affrontato le stesse difficoltà e che magari hanno trovato soluzioni diverse, possono rappresentare un valore aggiunto.

“..preferirei ci fossero dei medici, perché hanno avuto gli stessi problemi che ho avuto io.. si sono confrontati con le stesse difficoltà e hanno magari trovato soluzioni diverse dalle mie..il suggerimento lo prendo come un appunto mentale.. è un suggerimento, un arricchire..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

La consultazione diventa quindi la base su cui instaurare una discussione con altri colleghi alla pari, i quali possono fornire osservazioni e i suggerimenti per una crescita professionale. Le osservazioni o le critiche negative, non vengono prese come attacchi personali, ma sono ben gradite e percepite come motivo di stimolo all'approfondimento e perfezionamento della propria pratica sia clinica che relazionale.

“..fare un simulato senza pubblico è come non fare un simulato..se non hai le osservazioni del pubblico cade il discorso..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

“..se sbagli qualcosa alimenti meglio la discussione..le critiche sono state costruttive, c'è stato un dialogo..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..contento delle critiche perché ci permette di metterti un pochettino in basso e di accettarle e di approfondire..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..le osservazioni non piacciono a nessuno, le devi prendere come motivo di crescita..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..i giudizi, che non erano giudizi, non mi hanno dato fastidio..ho colto quello che mi serviva..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..durante la discussione non mi sentivo giudicata..quello che hanno detto era vero..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2012)

“..anche se il suo parere era completamente diverso dal mio, accetto volentieri..” (S. F, scuola MMG 2008/2011)

La presenza del pubblico e la loro possibilità di esprimere le proprie opinioni, diventano come un terzo occhio, offrono quindi la possibilità al discente di essere visto dall'esterno, sia da un punto di vista relazionale, nei suoi atteggiamenti, sia da un punto di vista strettamente clinico, nelle sue scelte diagnostiche e terapeutiche.

“..puoi aver condotto il discorso clinico in maniera perfetta, ma aver avuto un atteggiamento assolutamente scorretto e da fuori si vede..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

Questo clima di collaborazione e di consulenza reciproca, non sorge spontaneamente, ma è il frutto di una serie di elementi e della loro combinazione. I due aspetti più importanti sembrano essere la capacità dei conduttori di creare un ambiente idoneo, sia materialmente, come ad esempio la disposizione del pubblico e del medico, sia da un punto di vista organizzativo, spiegando il corretto svolgimento della simulazione, gestendo un pubblico “silenzioso” e gestendo la discussione evitando critiche o osservazioni non costruttive; Il secondo aspetto riguarda la coesione del gruppo, la loro conoscenza reciproca e la crescita come gruppo collaborativo. Questi due aspetti saranno trattati più dettagliatamente nei capitoletti successivi.

“..non era contemplato il fatto di dire ha sbagliato..” (L. 29aa M, scuola mmg 2008/2011)

“..sta nel conduttore fare in modo che il pubblico non sia un disturbo durante la simulazione..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

“..sono stati consigli per approcci un po diversi..non mi sono sentita valutata..per come lo hanno strutturato non possono essere critiche negative..sono sempre suggerimenti..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..il conduttore deve evitare a monte che le osservazioni diventino attacchi o critiche non costruttive..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

5.1.5 Crescita personale e simulato

Dalle interviste emerge come l'esperienza del paziente simulato, non sia passata del tutto inosservata, ma come abbia influito, in un modo o nell'altro, in una crescita personale e professionale. Emerge chiaramente come, ognuno degli intervistati, abbia focalizzato l'attenzione su diversi aspetti della metodologia e li abbia poi riportati nella sua pratica clinica. Per alcuni è stata un'occasione per mettere alla prova le proprie conoscenze in campo clinico e individuare carenze nelle proprie conoscenze tecniche e uno stimolo ad approfondire alcuni argomenti.

“..ho capito mie debolezze cliniche..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..è stato quello il grilletto per un approfondimento sul paziente con bpco e nell'uso dei farmaci..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

Altri hanno privilegiato l'aspetto relazionale, partendo dalla propria esperienza o osservando le simulazioni dei colleghi, prendendo, quindi, il simulato come un esempio per risolvere alcune situazioni simili che si possono verificare in ambulatorio. Un chiaro esempio, riportato da diversi

intervistati, è la simulazione sul paziente psichiatrico, una situazione ambulatoriale piuttosto complessa, soprattutto sul piano relazionale, dove le varie simulazioni possono fornire degli approcci e delle soluzioni diverse.

“..mi ha fatto vedere come tante altre situazioni possono essere state affrontate dal punto di vista relazionale..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..cambia il tuo modo di essere, non completamente... limi alcuni dettagli..” (S. F, scuola MMG 2008/2011)

“..rubare con gli occhi..ho avuto degli esempi..presti più attenzione..” (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

“..impari a prendere un po' le misure col paziente psichiatrico..” (S. F, scuola MMG 2008/2011)

“..esempio pratico, il paziente psichiatrico.. ritrovato in ambulatorio in una situazione simile...riprendere nella mente quella tecnica che è stata usata in quella simulazione..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

Dall'intervista emerge come l'esperienza del paziente simulato possa essere motivo di riflessione, da parte del discente, su se stesso, sulla sua pratica clinica, sul proprio approccio al paziente. Una presa di coscienza dei vari aspetti che caratterizzano un paziente, che permette al medico di avere una visione più globale del “malato”, della malattia e di come la stessa possa influire sulla quotidianità del paziente e della rete familiare. Questa presa di coscienza della complessità del paziente, la consapevolezza dei vari aspetti che caratterizzano un malato e la sua malattia, e una riflessione personale sul proprio approccio al paziente, sembra fornire al medico una maggiore

attenzione clinica, maggiore sicurezza e anche una maggiore tranquillità nello svolgere il proprio lavoro.

“..mi ha comunque fatto riflettere sul mio modo di gestire il paziente..sono riuscita a mantenere calma e pacatezza, che non sempre riesco a mantenere..forse questo può essere un valore aggiunto (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..mi ha insegnato ad essere più riflessivo a mettermi dalla parte del paziente..cerchi di vedere il paziente non più come un accumulo di patologie.. ma come una persona con dietro un vissuto, una famiglia..“ (L.40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..si innescano dei meccanismi di autocritica..tu sei messo in discussione, tu ti metti in discussione..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..gestione del paziente complesso..imparare a gestire il paziente..clinica e relazione medico paziente, attivazione della rete..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

“..ti permette di essere un po' più sereno..” (L.40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..mi ha aiutato ad acquisire più sicurezza a pensare di non essere così negata ..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..quando comincio a perdermi mi dico “lo so fare, quella volta lì me lo hanno fatto notare”..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

Emerge inoltre dalle interviste come gli “insegnamenti” derivati dal paziente simulato, non abbiano un effetto immediato, ma anzi, necessitano probabilmente di un periodo di riflessione, per poi emergere a distanza nella pratica clinica reale.

“..se mi chiedi cosa mi sono portato via, non te lo so dire nello specifico, l'esperienza nel complesso a posteriori.. ritorna..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

“..influenzata dalle simulazioni di altri colleghi..l'ho apprezzato dopo qualche anno..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2012)

“..metodica di insegnamento che non mi ha dato dei vantaggi immediati in campo clinico, ma nel tempo..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

5.1.6 Il primo impatto

Dalle interviste emerge quanto sia complicato il primo approccio all'esperienza del paziente simulato. Tale disagio sembra essere dovuto al fatto che per la prima volta ci si mette in gioco davanti ad un pubblico di altri colleghi. Si percepisce, quindi, la delicatezza dello strumento e la cautela necessaria nel modo di proporlo condurlo. In letteratura viene sottolineata la necessità di “proteggere” il medico, perché non perda la faccia e si senta di poter agire in sicurezza e tutelato dai conduttori e/o dalle regole del gioco molto chiare per vincere paure e resistenze. Anche nell'esperienza della scuola di medicina generale di Trento, è emersa questa necessità fra i discenti. Per molti il primo impatto è stato alquanto traumatico, per alcuni è il primo contatto ambulatoriale con un paziente, la percezione di sentirsi sotto giudizio, il timore di dimostrare le proprie lacune, e probabilmente anche una mancanza culturale di esperienze di simulazione.

“..all’inizio non ero molto felice volevo quasi cambiare scuola ... vedevo il simulato come espressione della mia incapacità a comunicare con gli altri..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..non sei solo,le mie emozioni sono un po' viziate dalla presenza del pubblico, dai loro giudizi (opinioni)..agisci influenzato da loro..con la presenza dei colleghi devi falsare..” (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

“..è più forse il prima e ti sembra che succeda chissà cosa dopo..” (S. scuola MMG 2008/2011)

“..all’inizio – chi vuole farlo? – rimani un po così.., ma è una questione di modello culturale, non fa parte del nostro modello culturale..mi sono lanciata..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..la prima volta cercavi di difenderti dai colleghi..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

In molti casi è emerso quanto questo disagio potesse influire sulla consultazione simulata, costringendo psicologicamente il medico ad agire in un modo non naturale, per evitare eventuali presunte critiche dei colleghi e/o dei conduttori. Tale disagio, comunque, riguarda principalmente la prima simulazione, in quanto gli intervistati sostengono che alle successive simulazioni, dopo aver preso confidenza con il metodo, aver avvertito un clima di protezione da parte dei conduttori e aver compreso chiaramente le regole del gioco, il loro comportamento clinico e relazionale sarebbe stato molto più naturale, spontaneo e libero da pregiudizi. Chiaramente l'approccio alla simulazione dipende molto anche dal carattere più o meno timido o estroverso del medico, e alla sua predisposizione a mettersi in gioco o in discussione davanti ad altri. In ogni caso, tutti gli intervistati, anche i più timorosi, ritengono auspicabile una maggiore frequenza delle simulazioni

all'interno del percorso formativo.

“..sono maturata..ho visto gli altri simulati..non pensavo che gli altri non ti potessero giudicare..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..il conduttore evita a monte che le osservazioni diventino attacchi o critiche non costruttive..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

“..sono timida..fosse stato registrato mi sarebbe piaciuto di più..se sei insicuro devi farne parecchie, non sono mai sicura di quello che faccio..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2012)

“..se ne facevo un'altra sarebbe stata sicuramente più positiva..le simulazioni erano poche..l'avrei fatto un'altra volta, comunque mi mette sempre ansia...se mi trascinava lì..sarebbe stato utile..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2012)

“..ora sarei più tranquilla..è anche una questione di conoscenza del metodo..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

5.1.7 La presenza del gruppo: premesse al lavoro in team

Dalle interviste è emerso quale sia l'importanza della conoscenza, coesione e crescita del gruppo per un corretto svolgimento della metodologia del simulato, affinché possa essere uno strumento formativo e di crescita professionale personale e del gruppo stesso. La forza del gruppo consiste nella capacità di lavorare assieme in una sorta di collaborazione, vincendo la tendenza alla competitività e trasformando le singole conoscenze in un'occasione di consulenza reciproca. In questo modo il discente riesce a vincere quelle che sono le paure e il disagio di mettersi in gioco davanti al gruppo con il rischio di mettere in evidenza le proprie lacune e le eventuali

difficoltà di relazione col paziente, nell'ottica di un perfezionamento professionale garantito dalla presenza e consulenza sincera da parte del gruppo composto dai colleghi.

“..c'è bisogno di una crescita (personale)..a me il primo anno è servito..è cambiata la mia maturazione assieme al gruppo e sono cresciuta insieme ad altri..ora sarei più tranquilla..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..se c'era già un rapporto, mi metteva più a mio agio...se l'avessi fatto al terzo anno mi avrebbe tranquillizzato...ci sarebbe stata più esperienza professionale e più feeling col gruppo..sarei stato più sereno..” (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

“..la prima volta cercavi di difenderti dai colleghi.. poi ti rendi conto che non c'è cattiveria è importante la conoscenza delle altre persone.. so chi mi sta a sentire..la conoscenza del gruppo ti fa stare meglio..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..prime simulazioni..i colleghi li conosci poco..paura del giudizio..poi cominci a conoscere gli altri,relazioni di amicizia..meno problemi..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010)

5.1.8 Metodologia didattica d'aula, differenze con la lezione frontale

La metodologia del paziente simulato come strumento di formazione, per il medico in formazione in medicina generale, rappresenta una assoluta novità educativa, abituato a lezioni universitarie e post-universitarie prettamente di tipo frontale. Nelle lezioni di tipo frontale, lo studente ricopre un ruolo passivo, mentre nel paziente simulato il discente assume un ruolo attivo, diventando il protagonista principale della lezione. Inizialmente il discente trova alcune difficoltà nel ricoprire il suo nuovo ruolo, sentendosi disorientato e imbarazzato. Man mano che acquisisce confidenza con lo strumento,

riconosce l'importanza e la potenza della metodologia, permettendogli, quindi, di riconoscere e usufruire di tutti i vantaggi ed elementi formativi che la tecnica offre. Per definire la tecnica del paziente simulato e la sue differenze con la lezione frontale, voglio mutuare la definizione data da un collega durante l'intervista, che a mio avviso esprime in modo esemplare tale concetto: *"..il paziente simulato è uno strumento complesso, con meccanismi di apprendimento molto complessi, quanto di più lontano che ci sia da una lezione frontale.."* (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010).

Dalle interviste è emerso, infatti, quanto i discenti abbiano percepito e gradito la componente pratica della metodologia, cioè la possibilità di sperimentare praticamente quelle che sono le conoscenze teoriche acquisite nell'ambito delle lezioni di tipo frontale e del loro bagaglio culturale. Gli intervistati esprimono nella quasi totalità dei casi, la necessità e l'importanza di abbinare le due tipologie di lezioni, quella frontale e il simulato, al fine di poter sia mettere in pratica le nozioni acquisite, sia per evidenziare sul campo eventuali lacune o difficoltà pratiche che non sarebbero altrimenti emerse in una lezione d'aula convenzionale.

"..lezione frontale è più teorica..lì c'è più pratica...assocerei il paziente simulato alle lezioni teoriche..non soltanto il lato razionale ma approfondire la clinica.." (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

"..la lezione teorica ha linee guida..poi c'è la pratica..il paziente simulato è reale per quanto pensassi che non lo fosse..non è tutto così facile come quello che ti hanno proiettato su power-point..ci sono i casi particolari..i caratteri della persona..che ti mettono in crisi..insomma contestualizza..e questo e quel quid in più.." (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

Ho toccato sul campo la combinazione di due farmaci..un modo critico di avvicinarmi in maniera pratica.." (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..ti mette più alla prova rispetto alla lezione frontale..alla fine di un ciclo di lezioni è utile per autovalutarti, non per essere valutato..è un approccio alla problematica reale..” (S. scuola MMG 2008/2011)

“..utilità all'interno di un percorso didattico, provi te stesso in un percorso diverso..lo inserirei in tutti i corsi..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

5.1.9 Esiti (outcome)

Dalle interviste ai discenti emerge che l'esperienza del paziente simulato nel percorso formativo, ha rappresentato un elemento di assoluta utilità nella loro crescita professionale. Ognuno dei medici ha percepito in maniera personale gli elementi formativi della tecnica, esaltando o minimizzando aspetti diversi, a seconda probabilmente delle proprie necessità o inclinazione personale. Alcuni hanno notato maggiormente il lato relazionale, altri gli elementi clinici e pratici, altri lo hanno vissuto come un motivo di riflessione personale a tutto campo, altri, ancora, hanno sviluppato maggiormente una visione più globale della figura paziente, nei suoi aspetti clinici, relazionali e sociali. Per alcuni medici è stato anche l'occasione per vincere le proprie paure e insicurezze, acquisendo così maggior autostima, consapevolezza delle proprie conoscenze e capacità relazionali, maggiore sicurezza nei propri mezzi, e al contempo uno stimolo ad una maggiore ricerca e studio in ambito clinico o un perfezionamento nell'ambito relazionale.

“..si innescano dei meccanismi di autocritica..tu sei messo in discussione, tu ti metti in discussione..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..ho imparato molto su me stesso..un giudizio esterno con un altro occhio vedere te stesso attraverso gli occhi delle altre persone..” (L. 40aa M, scuola MMG 2009/2012)

“..era più sull'approccio relazionale poca terapia, era in secondo piano..era improntato sul rapporto medico paziente..io sono sempre la stessa, è dura cambiare..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2011)

“..il metodo relazionale non lo puoi insegnare..ma puoi prendere spunto..” (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

“..emergeva di più il fatto della relazione, la clinica un po' meno..” (S. F scuola MMG 2008/2011)

“..apprendimento delle conoscenze cliniche del medico.. più che nel rapporto medico paziente..” (D. 39 M, scuola MMG 2007/2008)

“..il problema clinico era importante, ma se non risolvevo il problema relazionale non avrei potuto affrontare quello clinico che era impegnativo, una grave asma..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

“..ce l'ho fatta..è stato piacevole..una cosa vera..non me lo aspettavo..” (E. 39aa F, scuola MMG 2009/2012)

“..è un modo per mettersi in gioco, allora devi alzarti e provare..ti aiuta..ti aiuta nella professione..” (I. 32aa F, scuola MMG 2010/2013)

Da una prima analisi, ad un occhio attento, emerge che chi sosteneva che il paziente simulato trattasse esclusivamente della parte relazionale, appartengono tutti allo stesso anno di corso di formazione (2008/20011). Durante l'intervista, i tre medici hanno ammesso che il gruppo non era unito, c'era una certa difficoltà relazionale. Probabilmente questa situazione è stata in qualche modo da ostacolo ed ha influito poi nell'approccio e interpretazione della metodologia.

*“..non sei completamente libero di fare col paziente...perché qualche appunto te lo fanno,
non sei completamente stesso..” (S. scuola MMG 2008/2011)*

“..il gruppo era diviso in gruppetti...era difficile lavorare assieme..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2011)

“..non sei solo,le mie emozioni sono un po' viziate dalla presenza del pubblico, dai loro giudizi (opinioni)..agisci influenzato da loro..il rapporto è medico paziente,uno ad uno..invece lì era uno ad uno con altri dodici..” (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

Anche se poi, alla fine, tutti e tre hanno riconosciuto l'utilità della metodologia e di avere appreso insegnamenti utili, nonostante questo fattore “disturbante”

“..cambia il tuo modo di essere, non completamente..limi alcuni dettagli..” (S. scuola MMG 2008/2011)

“..l'ho apprezzato dopo qualche anno..se ne facevo un'altra sarebbe stata sicuramente più positiva..le simulazioni erano poche..l'avrei fatto un'altra volta se mi trascinava lì..sarebbe stato utile..” (N. 39 F, scuola MMG 2008/2011)

“..vedevi come avrebbero fatto gli altri..alla fine è stato utile..c'è sempre da imparare..” (L. 29aa M, scuola MMG 2008/2011)

5.1.10 Conclusioni interviste ai medici

Dalle interviste si evidenziano le perplessità e difficoltà iniziali all'approccio alla tecnica, legate a fattori emotivi e ambientali, che possono essere superate con l'esercizio della metodologia e con la crescita collaborativa del gruppo; emerge come ogni singolo discente percepisca in maniera molto personale gli elementi formativi che scaturiscono dalla consultazione, elementi sia di tipo clinico, sia relazionale che organizzativo, a testimonianza dell'approccio olistico al paziente che tale metodologia consente di sperimentare. Sono emerse inoltre le varie criticità che la tecnica può presentare, anche se in definitiva esiste una generale concordanza nel gradimento di questa metodologia da parte dei discenti e la percezione della necessità di più frequenti simulazioni.

5.2 Il paziente simulato e l'esperienza di alcuni simulatori.

Premessa

Ho scelto di rivolger le interviste ai simulatori con più lunga esperienza nella simulazione, sia presso la scuola di formazione in medicina generale di Trento, sia in esperienze al di fuori di tale contesto, come congressi Csermeg, simulati in ambito universitario e in master universitari. Le interviste sono state registrate su file audio, analizzati ed estratti i concetti principali e poi discussi in singoli capitoli, seguendo, quindi, la metodologia del "Meaning Condensation", (vedi Appendice 1 e Appendice 3).

I concetti chiave emersi dalle interviste ai simulatori e qui discussi sono:

- 1) Le emozioni dei simulatori
- 2) La necessità di un debriefing
- 3) Il medico e il rapporto di fiducia
- 4) Il gruppo dei simulatori e i conduttori
- 5) Le caratteristiche del simulatore
- 6) Utilità del metodo per i medici

5.2.1 Le emozioni dei simulatori

Dalle interviste ai simulatori sono emerse tutte quelle sensazioni ed emozioni che può suscitare la consultazione nello stesso simulatore. Tutti gli intervistati ammettono delle difficoltà iniziali, legate all'ansia suscitata dalla presenza di un pubblico e dalla consapevolezza della propria inesperienza con i simulatori.

“..mi hanno fatto fare una prova..sono entrata nella parte..e mi è venuta ansia”..”.. anche noi siamo coscienti che c'è un pubblico, un pubblico di medici..i primi tempi mi agitava molto..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..difficoltà iniziali: ti senti un po' sotto giudizio..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010)

“..le emozioni si muovono tanto..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

Un' ulteriore difficoltà è rappresentata proprio dal fatto di simulare, cioè di entrare in un ruolo, calarsi in una parte, mantenendo comunque le proprie peculiarità caratteriali. La difficoltà quindi di esprimere in maniera adeguata tutte le caratteristiche previste dal canovaccio, ma interpretate attraverso la propria personalità. Si tratta della differenza tra il simulare e il recitare, che bene viene esemplificata da una frase degli intervistati

“..difficoltà ad entrare nel ruolo in maniera spontanea.. molto diverso dal recitare una parte..quella puoi impararla..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010)

Man mano che i simulatori prendono confidenza con la metodologia e accumulano esperienza di simulazioni, acquisiscono maggiore sicurezza e affrontano l'esperienza della consultazione con maggiore tranquillità. Gli intervistati sottolineano come l'interpretazione di alcuni casi o pazienti complicati, come nel caso del paziente psichiatrico, della cattiva notizia o di un paziente “cattivo”, possano suscitare emozioni spiacevoli, nonostante il bagaglio di esperienze. Infatti, molto spesso, gli stessi simulatori richiedono di poter partecipare ad un debriefing con i conduttori al termine della consultazione, per alleggerire la tensione e/o elaborare le emozioni negative suscitate dalla simulazione, ma questo argomento verrà trattato più dettagliatamente in un capitoletto dedicato successivo.

“..quando mi siedo lì, non esiste più nulla ed è proprio come fossi col mio medico..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010)

“..quando impersoni una persona cattiva..ho trattato molto male la dottoressa...anche perché avevo un rapporto buono con la dottoressa, mi sono sentita malissimo..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

5.2.2 La necessità di un debriefing

Il momento del debriefing è ampiamente trattato nella letteratura internazionale ed è considerato un momento fondamentale per la corretta gestione del simulatore, onde evitare soprattutto la possibilità di un eventuale burnout. (L. Bokken ed altri 2004)

Tutti gli intervistati tengono a sottolineare l'importanza di un momento di debriefing, soprattutto dopo l'interpretazione di pazienti o casi complessi, come ad esempio nel paziente psichiatrico o nella cattiva notizia, oppure dopo consultazioni che possono aver suscitato delle tensioni tra il medico e il simulatore. Il momento del debriefing viene visto come un'opportunità per “scaricare la tensione”, per un bisogno di rassicurazione, per una necessità di feedback da parte dei conduttori o più semplicemente per acquisire elementi utili a migliorare le future simulazioni.

“..però andrebbe sempre fatto per casi importanti un debriefing..per scaricare la tensione..a seconda delle parti..il debriefing sarebbe rassicurante..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..ho bisogno dei conduttori soprattutto dopo la simulazione come feedback..è andata bene.. è tutto a posto?.. sei tranquilla.. già quello sostiene..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

“..potrebbe essere utile un debriefing fatto nell'immediato, non dopo tanto tempo..potrebbe essere utile anche per migliorare le future simulazioni..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010)

5.2.3 Il medico e il rapporto di fiducia

Dalle interviste è emerso come l'esperienza di simulazione con gruppi di medici, abbia modificato il rapporto che gli stessi simulatori hanno con il loro medico. Quello che emerge è una sorta di maggiore comprensione da parte del paziente, di quello che è il lavoro del medico, con tutte le sue criticità e peculiarità che spesso sfuggono ad un paziente “reale”. Questo ha permesso ai pazienti simulatori di avere un rapporto più diretto e rispettoso nei confronti del proprio medico.

*“..ho cominciato a capire quali sono le difficoltà dall'altra parte..i meccanismi che stanno sotto al vostro lavoro.. che altrimenti non te ne rendi conto..”
(R. 52aa M, simulatore dal 2010)*

*“..ha cambiato il rapporto con il mio medico, sono diventata più rispettosa..”
(V. 46aa F, simulatrice dal 2008)*

“..sono meno esigente, la prendo con molta più calma col mio medico..se non voglio prendere una cosa, glielo dico subito..anche se ho molta fiducia nel mio medico..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

Dalle interviste è emerso, un po' a sorpresa, un identikit del medico ideale, cioè come i pazienti vedono la figura del medico e quali caratteristiche dovrebbe avere secondo i simulatori il MMG ideale. Tutti gli intervistati hanno focalizzato principalmente l'attenzione su quella che è la fiducia nel proprio

medico, e di come il medico stesso dovrebbe guadagnarsi la fiducia del paziente. Emerge quindi la figura di un medico in grado di gestire totalmente, in maniera olistica, il paziente stesso. Il punto fondamentale riguarda il rapporto medico paziente, ancora prima della competenza clinica, che comunque non può mancare. Un medico in grado di relazionarsi al paziente, non in maniera standard, ma in grado di cogliere le sfumature caratteriali, comprendere le reali esigenze del singolo paziente e fornire delle indicazioni chiare, dimostrando la padronanza della conoscenza clinica. Deve dimostrare quindi di avere la situazione sotto controllo.

“..il rapporto tra il medico e paziente, secondo me, è fondamentale..bisogna sapere un po' cogliere le sfumature..il rapporto è una mezza cura..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..la fiducia fa sì che muove la persona verso la guarigione..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..la fiducia se la guadagna quando dimostra di avere in mano la situazione.. si la clinica, ma anche la sicurezza, l'attenzione, l'ascolto e la chiarezza..un medico non deve fare con tutti alla stessa maniera..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..il medico ha due aspetti nella professione: quello clinico e quello relazionale, soprattutto per il medico di base..un buon medico diventa tale quando riesce integrare entrambi gli aspetti..riesce ad avere un approccio completo al paziente..l'integrazione dei due aspetti è la sfida principale per la formazione di un MMG..con l'integrazione dei due aspetti, il cittadino acquisisce fiducia.. è fondamentale per la percezione della salute..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010)

“..il rapporto col paziente per un medico di famiglia che è il primo contatto del

paziente, il rapporto di fiducia, l'indagare e capire le esigenze del paziente e saperle gestire con le proprie esigenze di professionista..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

Tutti gli intervistati concordano sul fatto che la tecnica del paziente simulato sia uno strumento fondamentale per la formazione completa e adeguata del medico informazione in medicina generale, per raggiungere gli obiettivi che lo stesso paziente richiede al proprio medico.

“..per il cittadino è utile che il medico sia preparato, non solo clinicamente, quello è ovvio..

il medico di base è chiamato “il tuttologo”, che per me è una parolaccia, non è vero..deve conglobare un po' tutta la persona, e in poco tempo..ha più l'occhio per vedere nel suo insieme quello che è il problema e la persona..e in questo il simulato lo aiuta..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..il paziente simulato aiuta il cittadino ad avere dei medici migliori..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

Gli intervistati sembrano confermare quello che in letteratura viene identificato come la necessità di un nuovo metodo clinico, come già trattato in questa tesi. (McWhinney 1993)

5.2.4 Il gruppo dei simulatori e i conduttori

Dalle interviste emerge l'importanza che ricopre il gruppo e la figura dei conduttori. I simulatori esprimono la sensazione di fare parte di un gruppo, un gruppo in cui ognuno collabora con gli altri, ma soprattutto lavora su se

stesso. La collaborazione non consiste nel dare consigli o suggerimenti, ma soprattutto nell'ascoltare e osservare gli altri, senza esprimere giudizi e nella totale assenza di competitività. La sensazione è quella di fare parte di un gruppo un po' di nicchia. All'interno del gruppo, un ruolo fondamentale è ricoperto dai conduttori, i quali si sono guadagnati la stima e la fiducia dei simulatori, grazie alla competenza, alla disponibilità e all'entusiasmo che riescono a trasmettere.

“..ascolto reciproco... ognuno fa una ricerca su di sé..c'è collaborazione, ci si sente parte di una squadra..non si danno consigli agli altri, perché ognuno lavora su se stesso..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

“..nessuno insegna all'altro cosa deve fare.. non c'è competitività.. ci si sente molto più tranquilli.. I conduttori gestiscono il metodo con molta competenza..fanno emergere tutti i vari aspetti che ci stanno nel canovaccio, anche in casi apparentemente banali..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010).

“..di mio mi piace molto, ma è tanto anche l'entusiasmo che trasmettono i conduttori..cosciente di far parte di un gruppo di cui ho stima, di collaborare con medici..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..discutere e vagliare le varie fasi del canovaccio, emerge tutta la complessità del quadro..nel momento in cui riesci a farla tua, riesci a trasmetterla e portarla nella simulazione reale..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010).

I simulatori riferiscono di aver avuto diversi feedback positivi nelle loro esperienze, soprattutto da parte dei discenti, con grande gratificazione personale. Lamentano comunque una scarsa diffusione ed utilizzo della tecnica in Italia nell'ambito formativo, rispetto ad altri parti del mondo (america, asia, e gran parte dell'europa). Sostengono che probabilmente

questo sia dovuto ad una scarsa conoscenza della tecnica e al conseguente pregiudizio che “siano solo delle scenette”. L'auspicio da parte dei simulatori, e anche da parte mia, è innanzitutto una maggiore informazione e conoscenza del metodo, la caduta di certi errati pregiudizi e una conseguente maggiore diffusione della tecnica del PS

“..come simulatrice, personalmente, ho avuto diversi riconoscimenti, soprattutto dai medici e dai discenti..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..non credo le venga data la giusta importanza..è un'attività che si presta facilmente a molte critiche..da altre parti gli viene data maggior importanza..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

“..non si conoscono le cose e da parte di molti ci sono dei giudizi che vengono dati senza cognizione di causa..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010).

5.2.5 Le caratteristiche del simulatore

Gli intervistati hanno delineato quello che secondo loro dovrebbe essere il profilo del buon simulatore e gli elementi più importanti che si sentirebbero di consigliare ad un nuovo simulatore. Secondo i simulatori l'accorgimento più importante è quello di essere sempre se stessi, di non nascondersi dietro al personaggio e di essere sinceri nei comportamenti, nelle reazioni e nelle osservazioni finali. Il buon simulatore dovrebbe essere capace di mantenere un po' di distacco dal personaggio e dalle circostanze previste dal canovaccio, onde evitare di essere vittima di emozioni spiacevoli e soprattutto riuscire poi a staccarsi dal personaggio e *“..non portarselo a casa..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010).*

Ogni simulatore poi troverà una propria strategia personale per impersonare al meglio il personaggio richiesto e interpretare soprattutto le caratteristiche richieste dal canovaccio.

Alcuni accorgimenti possono essere ad esempio il rivivere emozioni provate in situazioni simili, o indossare qualche accessorio che possa aiutare ad entrare nella parte. Dal punto di vista organizzativo consigliano di conoscere e comprendere prima di tutto le dinamiche e il fine della metodologia, prima di intraprendere il percorso di simulazione. Elemento fondamentale è quello di ascoltare e seguire le indicazioni dei conduttori e di affidarsi a loro per ogni difficoltà o dubbio. Osservazione banale ma non scontata è quella di affidarsi a conduttori di comprovata esperienza e competenza, In quanto lo strumento didattico è di fondamentale utilità, dotato di una potenza intrinseca, ma può diventare pericoloso e controproducente sia per i simulatori che per i discenti, se dato in mano a conduttori inesperti.

“..essere un po' se stessi..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..avere il coraggio di dire quello che si prova, e di tener presente quello che si prova, delle reazioni che si hanno..cosa ha fatto scattare quella reazione..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..per la buona riuscita serve una conoscenza del metodo, essere seguiti, vedere gli altri... è un percorso.. non è fare una scenetta..è fondamentale la preparazione prima... ho ascoltato degli altri..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010).

“..la sincerità verso se stesso, non nascondersi..la mia strategia personale è quella di rivivere emozioni che ho vissuto e che possono essere collegate al caso....far riemergere cose che ho vissuto..seguire sinceramente quello che mi viene fuori tenendo come paletti i dettagli del canovaccio..alla fine viene fuori comunque la mia personalità, sempre..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

“..per entrare nella parte possono essere utili anche piccoli accorgimenti, come indossare un foulard o cambiarsi una maglia per aiutare a cambiare la personalità..piccoli accorgimenti per aiutarti ad entrare nella parte, ma soprattutto a mantenerla..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“.. deve essere utilizzata da mani esperte.. una guida competente, altrimenti potrebbe creare grossi danni..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

5.2.6 Utilità del metodo per i medici

Dalle interviste è emerso che secondo i simulatori il metodo del paziente simulato rappresenta uno strumento fondamentale per la corretta formazione dei futuri medici di medicina generale. Il metodo permette al discente di provare sul campo, di sperimentare soggettivamente le proprie conoscenze teoriche, di *“..toccare con mano l'esperienza di trattare un paziente, che è quella che fa più paura..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)*; permette al discente di mettersi in gioco di fronte ai colleghi e ai docenti; permette infine di potersi esercitare in un ambiente protetto, poiché anche se vengono commessi grossi errori non si fa alcun danno. Lo strumento permette quindi una formazione completa del professionista medico, intesa come un'integrazione tra le competenze cliniche, le capacità relazionali e l'attenzione al mondo che gira attorno al paziente stesso, un approccio olistico al paziente, come già citato nel capitolo *“5.2.3 Il medico e il rapporto di fiducia”*. Solamente da questa integrazione, secondo i simulatori, il medico può instaurare un rapporto adeguato col paziente, basato sulla fiducia.

“..è un modo per provare sul campo..sperimentare soggettivamente..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

“..per il discente è un mettersi in gioco di fronte a se stesso e ai colleghi... è un processo fondamentale..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

“..utile anche nel campo clinico, non solo relazionale, perché sono successi casi di errori gravi, ma lì non c'era il danno..” (A. 66aa F, simulatrice dal 2007)

il rapporto di fiducia, l'indagare e capire le esigenze del paziente e saperle gestire con le proprie esigenze di professionista..” (V. 46aa F, simulatrice dal 2008)

“..il medico ha due aspetti nella professione: quello clinico e quello relazionale, soprattutto per il medico di base.. un buon medico diventa tale quando riesce integrare entrambi gli aspetti..l'integrazione dei due aspetti è la sfida principale per la formazione di un MMG..” (R. 52aa M, simulatore dal 2010)

5.2.7 Conclusioni interviste ai simulatori

Dalle interviste ai simulatori emerge la figura di un paziente con capacità critiche, forte della propria preparazione e competenza di ruolo. Emergono inoltre le problematiche legate alle emozioni e alle criticità che comporta la simulazione, con la necessità di momenti di debriefing, a testimonianza di quanto trattato ampiamente nella letteratura internazionale. In tutte le interviste, emerge il tema della fiducia come elemento fondamentale nel rapporto medico paziente, frutto di competenze cliniche e capacità relazionali del medico, e di come la metodologia del paziente simulato possa essere d'aiuto nel raggiungimento di tale obiettivo.

5.3 Oggi ho imparato che

Nella descrizione della metodologia di Sartori e Valcanover si è già parlato di questo feedback collettivo. Ogni discente che ha partecipato al simulato, sia attivamente che come spettatore, i simulatori e i conduttori sono chiamati ad esprimere, in forma anonima e sintetica, ciò che in quella simulazione d'aula ha destato la loro attenzione o le emozioni che hanno provato, oppure gli elementi che hanno fatto rivalutare magari il loro modo di agire in situazioni simili. Gli elaborati vengono poi restituiti pubblicamente in plenaria con tutti i presenti, questo permette una condivisione delle diverse impressioni e costituisce un ulteriore feedback collettivo.

OGGI HO IMPARATO CHE “Il paziente con asma e BPCO”

1. L'importanza di ragionare a posteriori anche su consultazioni apparentemente perfette
2. Importante discutere con il pz la percezione della malattia, di quali conseguenze la malattia potrebbe avere nella sua vita e capire quali sono la consapevolezza che la tp/dg corretta nella sua vita
3. Prestare attenzione ai problemi di linguaggio condiviso; il paziente non sempre racconta le sue paure
4. Ho trovato utile il riprodurre la negoziazione medico - pz perché tendo forse ad imporre le mie idee ed a non 'pensare' le resistenze del paziente
5. Importante verificare di condividere veramente il linguaggio
6. La condivisione del percorso diagnostico e terapeutico
7. Utile la spirometria

8. Rimuginare non è poi così sbagliato sia per il medico che per il paziente
9. Ascoltare e saper comunicare al paziente
10. Che non bisogna mai catalogare un paziente come malato a primo impatto ma bisogna attendere dei dati più certi che stanno a fondamento di una possibile diagnosi
11. Non sempre e /o non solo il farmaco cura, è il medico che o dovrebbe saper gestire il paziente
12. Che bisogna comunque contrattare con il paziente per decidere la strategia futura altrimenti i nostri sforzi vanno in una direzione inutile. Poche idee chiare da riproporre al paziente
13. Ho imparato ad utilizzare un misuratore di picco di flusso e che può essere utile per la diagnosi. Ho compreso il punto di vista del paziente sulla diagnosi di asma, patologia benigna ma cronica
14. Che per ottenere risultati e raggiungere obiettivi devo sapere comunicare con il paziente e condividere a volte dubbi /ipotesi diagnostiche. Ho imparato anche che bisogna rispettare i tempi del paziente; a volte c'è bisogno di tempo per assimilare che si ha una malattia cronica
15. Concentrarmi maggiormente sui problemi ed esigenze dei pazienti
16. Far certo che sia il medico che il paziente parlano della stessa cosa(es asma = dare spiegazione definizione del termine)
17. Comunicare al paziente un dubbio clinico, non allarmare, ascoltare il pz (agenda paziente), porsi un obiettivo
18. E' importante indagare sul grado di consapevolezza che il paziente ha dei suoi sintomi. Oggi mi sono resa conto come il concetto di malattia grave sia totalmente diverso tra me e il paziente: per me = attacco

asma grave; per il pz = malattia cronica che necessita di farmaci (cortisone)

OGGI HO IMPARATO CHE (paziente psichiatrico)

1. Dal simulato ho imparato l'importanza di chiedere aiuto alle strutture che si occupano del disturbo psichico, quando è chiaro che la cosa è più "grande di me". Inoltre fondamentale mi sembra sia capire in quale "dimensione" si trova il paziente e quindi se la miglior cosa è assecondarlo o cercare di condurlo "da un'altra parte"
2. Il paziente è pasta per metafore quindi bisogna saper capire quali sono i suoi problemi che spesso non vengono esplicitati. Le priorità del paziente possono non essere le stesse che percepisco io. Sottile equilibrio durante le negoziazioni; l'importanza di lavorare in rete e di prendere tempo per contattare tutti i membri della rete intorno che possono dare aiuto
3. Sono stata impressionata e colpita dall'utilizzo della metafora in MG
4. La ricerca di una "realtà condivisa" tra noi e un paziente psichiatrico è fondamentale in un rapporto medico – paziente
5. L'unione fa la forza e la differenza. Si pesca di più con una rete più larga anche se il pesce può sembrare piccolo
6. Ho imparato che il punto di vista di uno psicotico può essere diverso dal mio. Lo psicotico ha una sua percezione della verità!
7. Mi sono preparato psicologicamente a situazioni drammatiche e "pericolose" come quella della seconda consultazione e mi sono "fissato" bene 2 farmaci: clorpromazina per "stendere" e allopurinolo per sedare un po' meno
8. Senza dubbio alcuno, la prima cosa che mi viene in mente di aver imparato è che non dobbiamo gestire – curare "solo noi" il paziente, dobbiamo sfruttare al massimo anche altre fonti che vanno dagli

ospedalieri, ai servizi sociali fino anche alla stessa badante se necessario

9. Ho imparato a lavorare in rete e a portarmi in borsa il Talofen (promazina) e il Serenase (clorpromazina)

OGGI HO IMPARATO CHE (Gestione del rischio CV)

1. Che le emozioni possono alterare l'obiettività medica
2. Concordare la terapia con il paziente è spesso un compito molto difficile
3. Che dobbiamo, durante il colloquio con il pz, cogliere dei punti di ancoraggio nel suo comportamento, punti di forza, dove mirare i nostri sforzi terapeutici, così facendo i nostri interventi saranno più efficaci
4. Devo controllare di più l'impatto con il paziente problematico, controllare/gestire di più l'emozione
5. Shockare il pz lo rende davvero più conscio e partecipe della complessità – gravità della sua malattia? Forse un atteggiamento più "soft" che rispetta la sua sensibilità è la risposta migliore!
6. Il paziente simulato servirebbe farlo più volte! Sono d'accordo con una volta al mese. Nel 1° caso sarei stata più rigida, nel 2° paziente molto più accondiscendente, così siamo tutti diversi
7. Ho imparato a ... preferire più dire che non dire ... per chiarire è meglio capire
8. Importanza di trasmettere l'"essenza" accertandosi che il messaggio sia recepito dal paziente. Non dare nulla per scontato
9. La relazione con il paziente nel momento in cui si prendono decisioni difficili è molto delicata

Conclusioni generali

“..il paziente simulato è uno strumento complesso, con meccanismi di apprendimento molto complessi, quanto di più lontano ci sia da una lezione frontale..” (G. 32 F, scuola MMG 2007/2010).

Credo che questa frase riassume e definisca in maniera concisa ma puntuale, lo strumento metodologico del paziente simulato. Come si evince dalle interviste, sia ai discenti che ai simulatori, l'esperienza della simulazione offre elementi di discussione e apprendimento, che vanno a toccare le molteplici sfaccettature di una consultazione ambulatoriale e permette ad ogni partecipante, qualsiasi figura esso ricopra, di poter carpire gli aspetti di cui ha maggiormente bisogno e di farli propri. Viene ad emergere, così, una diversificazione e personalizzazione dell'esperienza che sta a testimoniare la complessità dello strumento “Paziente Simulato”, una metodologia in grado di evidenziare molti e diversi aspetti che ruotano attorno alla figura “paziente”, alla “malattia”, alla “cura” e alla contestualizzazione di tutti questi fattori. In definitiva gli intervistati hanno espresso la reale utilità della tecnica, non scevra di ostacoli o criticità, le quali possono essere risolte solamente con un esercizio continuo della tecnica, una crescita del gruppo e la competente gestione di conduttori esperti.

Da parte mia, l'esperienza fatta nella compilazione di questa tesi, mi ha permesso di sperimentare un metodo di indagine come il “meaning condensation”, molto più complesso di quanto non possa apparire a prima vista, ma di grandi potenzialità. Mi ha portato a vivere esperienze, a fianco dei relatori, al di fuori della scuola medicina generale e, quindi, di toccare con mano e approfondire la conoscenza e le potenzialità reali della metodologia del paziente simulato. La lettura e l'elaborazione della letteratura e delle interviste, sono state una conferma alle mie idee relative alla necessità di un nuovo metodo clinico, un approccio di tipo olistico al paziente, soprattutto in ambito della medicina generale, che I. R. McWhinney aveva già percepito e

teorizzato molto prima di me.

Il mio auspicio, con l'elaborazione di questa tesi, è innanzitutto quello di mettere in mostra le peculiarità, l'utilità e le potenzialità della tecnica del paziente simulato, soprattutto in ambito formativo per i futuri medici di medicina generale, stimolando l'interesse di altri innanzitutto alla conoscenza della metodologia, alla sua sperimentazione ed eventualmente ad una maggiore diffusione e utilizzo, con la raccomandazione di farne un uso intelligente, cioè preceduto da una adeguata preparazione e competenza, onde evitare, innanzitutto, di banalizzare la metodologia ed evitare spiacevoli conseguenze sia sui discenti e che sui simulatori.

Bibliografia

H. S. Barrows, Simulated Patients in Medical Teaching, *Canad. Med.Ass.J.* April 6, 1968, vol. 98: 674-676

Bokken L, van Dalen J, Rethans JJ., Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Med Educ.* 2004 Oct;38(10):1089-94.

R. Dahlke, *Malattia e destino: il valore e il messaggio della malattia*, 1998

G.M. Edelman. *Sulla materia della mente*, Adelphi 1993

N. Eldredge. *Le trame dell'evoluzione*, a cura di T. Pievani, Raffaello Cortina Ed. Milano 1999

M. Foucault. *Nascita della clinica*, Einaudi 1996

S. Gear. *The Complete nMRCGP Study Guide, Third Edition*, Radcliffe Publishing Ltd, Abingdom UK 2008

S.J. Gould. *La vita meravigliosa. I fossili di Burgess e la natura della storia.* Feltrinelli, Milano 1995.

M. Hanna, PhD, and J. J. Fins, MD. Power and Communication: Why Simulation Training Ought to Be Complemented by Experiential and Humanist Learning. *Acad Med.* 2006; 81:265–270.

S.B. Issenberg, W.C. McGaghie, E.R. Petrusa, D.L. Gordon, R.J. Scalese. Features and Uses of high-fidelity medical simulation that lead to effective learning: a BME systematic review. *Medical Teacher*, Vol 27, No. 1: 10-28, 2005

A. Kleinman, L. Eisenberg, B. Good, *Culture, Illness and Care, Clinical lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research.* *Annals of Internal Medicine*, 1978:251-258.

S. Kvale, S. Brinkmann. *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing.* SAGE Pub. 2009:207-2011

G. Meller, A typology of simulation for medical education. *Journal of Digital Imaging* 1997, 10(3, Suppl. 1): 194-196

I. R. McWhinney, General practice as an academic discipline. Reflections after a visit to the United States, Lancet. 1966 Feb 19;1(7434):419-23.

I. R. McWhinney, Why we need a new clinical method, *Scand J Prim Health Care* 1993; 11 : 3-7

F. Olesen, A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline, *Family Practice*, 2003; 20: 318-323)

C. Rainville, *Metamedicina - Ogni sintomo è un messaggio*, 2000

J.J. Rethans, Six formats in simulated and standardized patients use, based on experiences of 13 undergraduate medical curricula in Belgium and the Netherlands, 2012; 34: 710-716

J.J. Rethans (1), The Use of Simulated Patients in Medical Education, *Amee Guide*, 2010:2-3

J.J. Rethans (2), The Use of Simulated Patients in Medical Education, *Amee Guide*, 2010:3-4

J.J. Rethans (3), The Use of Simulated Patients in Medical Education, *Amee Guide*, 2010:29

F. Salvestroni. *Il Medico della Persona*, Vallecchi Editore Firenze 1973.

D. A. Schon, *The reflective practitioner*, Basic Books, 1983

M. Sclavi. *L'arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Mondadori 2003

J. C. Smuts, *Holism and Evolution*, 1926 editore)

J. Spencer, Patient-oriented learning: a review of the role of patient in the education of medical students, *Papers from 9th Cambridge Conference. Medical Education* 2000;34:851-857

J. Spencer, Meeting the needs of simulated patients and caring for the person behind them?, *Medical Education* 2006; 40: 3–5

F.Valcanover, N.Sartori, Simulated patient: a holistic approach like a bridge between theory and practice in medical education. *Wonca Europe conference*, 2009

F.Valcanover, N.Sartori, *Il paziente simulato: percorsi e riflessioni di un'esperienza italiana*. 2011

J. Wallace, R. Rao & R. Haslam. Simulated patients and objective structured clinical examinations: review of their use in medical education, *Advances in Psychiatric Treatment* (2002), vol. 8, pp. 342–350

L.A. Wind, J. Van Dalen, A.M. Muijtjens, J.J. Rethans, Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). Med Educ. 2004 Jan;38(1):39-44

E. Zebiene, Approccio olistico, Euract Educational Agenda, 2006

Appendice 1

Aspetti metodologici della ricerca.

Nella ricerca effettuata sui medici e sui simulatori è stato usato un approccio di ricerca qualitativo con metodologia fenomenologica.

Il presupposto teorico dell'approccio fenomenologico è che ogni persona è "incarnata" nel mondo. La percezione della realtà, quindi, è espressa tramite i vissuti e l'esplicazione della visione del mondo. In una ricerca qualitativa con approccio fenomenologico, quindi, si indaga l'esperienza vissuta cercando di comprendere il significato che i soggetti danno ad essa, cogliendone l'essenza.

Uno dei metodi di indagine fenomenologica è l'intervista in profondità.

In questo contesto è stata usata la metodologia del "meaning condensation" che prevede un'intervista in profondità la loro trascrizione, l'estrazione di categorie significative e il commento di queste categorie cercando di rispondere alle domande cosa, come e perché.

Di seguito la metodologia dell'intervista come proposta dagli autori:

The analysis of an interview involves five steps.

1. The complete interview is read through to get a sense of the whole
2. The natural "meaning units" of the text, as they are expressed by the subjects, are determined by the researcher.
3. The theme that dominates a natural meaning unit is restated by the researcher as simply as possible thematizing the statements from the subject's viewpoint as understood by the researcher.
4. Interrogating the meaning units in terms of specific purpose of the study.
5. The essential, nonredundant themes of the entire interview are tied into a descriptive statement.

(S.Kvale, S. Brinkmann 2009)

Appendice 2

Nelle interviste ai medici, si sono concordate con i relatori una serie di domande al fine di indagare i loro ricordi, le opinioni, le emozioni e gli eventuali insegnamenti che l'esperienza del simulato ha lasciato in loro ed anche la percezione della "voce del paziente", l'impatto dei contributi dei colleghi e le eventuali ricadute sulla professione.

Le domande fatte ai medici sono:

- 1) Racconta brevemente la tua esperienza, come medico (attivamente), nel paziente simulato.
- 2) Cosa ne pensi dell'utilizzo della metodologia del PS nel percorso formativo in MMG
- 3) Quali sono le differenze secondo te con altri tipi di lezioni, come, ad esempio, le lezioni frontali?
- 4) Ha avuto delle ripercussioni sulla tua pratica clinica? Quali?
- 5) Ti è servita in qualche situazione concreta? Un esempio?
- 6) Quale percezione da parte del medico dell'aderenza alla realtà del simulatore
- 7) Come hai vissuto la presenza dei colleghi?

Appendice 3

Nelle interviste ai simulatori, si sono concordate con i relatori una serie di domande al fine di indagare la loro esperienza, le loro opinioni, i rapporti con i “colleghi”, le loro emozioni e difficoltà ed anche la motivazione che ha spinto a fare questa esperienza, le eventuali ricadute (positive o negative) sulla loro salute e l’opinione loro come cittadini dell’utilità di questo strumento nella formazione del medico di medicina generale.

Le domande fatte ai simulatori sono:

- 1) Perché ha deciso di fare il simulatore? Quali le motivazioni per continuare?
- 2) Ha influito nella sua vita “reale”? Perché e come?
- 3) Ritiene sia utile questo metodo per la formazione dei medici? Perché e come?
- 4) Crede sia utile per il cittadino? Perché e come?
- 5) Senti che il tuo ruolo sia considerato dagli organi istituzionali nei contesti in cui hai fatto il simulatore?
- 6) Qual’è il suo rapporto con il gruppo degli altri simulatori e con i conduttori?
- 7) Quali sono le caratteristiche necessarie ad un simulatore? Quali consigli per un buon simulatore? Quali le abilità necessarie che deve sviluppare il simulatore?