

# ***Metodologia didattica del Paziente Simulato***

*Autori: G.Bondielli, MMG Massa-Clipslab/CSeRMEG; I.Lombardi, MMG in formazione Carrara-CFSMG Pisa; G. Collecchia, MMG Massa-Clipslab/CSeRMEG.*

Indagine con approccio qualitativo nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Toscana

## **Introduzione**

Dal 2013, nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) della Regione Toscana, viene utilizzato, da due Medici di Medicina Generale (MMG) docenti-tutor, (G. Bondielli e G. Collecchia), lo strumento didattico del Paziente Simulato (PS), secondo il modello di Trento, elaborazione originale della tecnica classica da parte dei colleghi MMG F. Valcanover e N. Sartori, esperti di livello internazionale.

La metodica consente di riprodurre in aula, "in ambiente protetto", una consultazione medico-paziente tipica della pratica della MG. Il ruolo del paziente viene svolto da un laico (il simulatore), istruito a recitare un canovaccio, basato su casi reali opportunamente modificati per salvaguardare la privacy dei pazienti. Il ruolo del medico da un discente del Corso (CFSMG). Alla consultazione segue un feed back da parte del medico-discente e del simulatore in cui emergono le opinioni dei protagonisti sulla consultazione appena svolta in merito ai contenuti, sia dal punto di vista clinico che relazionale e infine una discussione in plenaria, guidata dai conduttori, che consente di far emergere non solo aspetti clinici, relazionali e gestionali, ma anche elementi emotivi, motivo di discussione e apprendimento.

E' consuetudine per uno dei due docenti (GB) riparlare con la classe dei vari metodi di insegnamento e dell'impatto percepito dai discenti sulla loro formazione. In seguito a commenti dei discenti che avevano fatto emergere alcune criticità sulla metodica didattica, si è pensato quindi di fare un'indagine fra i giovani colleghi che permettesse di esplorare la visione di tale modello didattico e facesse emergere i loro dubbi, in un'ottica di eventuale rielaborazione. Si è così realizzata un'indagine in una classe del III anno del CFSMG di Pisa, affidando a uno dei discenti (IL) che avevano espresso perplessità, il compito di somministrarla ai colleghi con l'idea che questa modalità li rendesse liberi di esprimere anche le eventuali posizioni critiche .

## **Metodi**

Un'intervista proponente alcuni item è stata somministrata, rispettando l'anonimato in modo che si sentissero più liberi di esprimere opinioni, ai 21 discenti del III anno del CFSMG di Pisa da una discente della stessa classe (IL) che ha raccolto le risposte via mail. L'intervista, svolta attorno al tema dal titolo: **esperienza di caso clinico simulato**, si proponeva di esplorare l'esperienza diretta dei discenti nei confronti

della metodologia del Paziente Simulato svoltasi nell'anno precedente; gli elaborati sono stati raccolti in un periodo di trenta giorni dal 2 febbraio 2016.

Tutti i discenti hanno risposto agli item:

1. esprimi il tuo punto di vista rispetto alla modalità di svolgimento di questa metodica in aula (aspetti che giudichi positivi per la tua formazione, temi affrontati, utilità ai fini della tua pratica professionale... )

2. Se ci sono aspetti su cui non concordi ti chiediamo di motivarli suggerendo eventuali modifiche.

I lavori svolti sono stati esaminati dalla discente coinvolta e da uno dei docenti (GB), separatamente. Le interviste sono state suddivise secondo categorie ricorrenti, in seguito le esaminatrici hanno svolto fra loro un confronto sistematico per ogni categoria. L'analisi è stata condotta utilizzando la metodologia della "content analysis" con approccio convenzionale[1,2,3,4]

## **Analisi dei questionari**

Dall'analisi delle risposte fornite, dato il tema principale **ESPERIENZA DI CASO CLINICO SIMULATO**, sono emersi alcuni sotto temi di discussione:

1. ***"PERCEZIONE DI CONGRUITÀ TRA METODO UTILIZZATO E PROPRIA FORMAZIONE PROFESSIONALE"***
2. ***" IMPATTO EMOTIVO E COGNITIVO SUL PROPRIO PROCESSO FORMATIVO"***
3. ***"SUGGERZIONI"***

Nel primo, ***"PERCEZIONE DI CONGRUITÀ TRA METODO UTILIZZATO E PROPRIA FORMAZIONE PROFESSIONALE"***, i discenti descrivono la metodologia didattica come *"metodica valida ai fini della pratica professionale con interazione efficace"*, che *"non richiede particolari aggiunte, coinvolgente professionalmente ed emotivamente"*. In cinque casi è definita come *"adeguata alle esigenze di approfondimento"*, anche se la presenza della videocamera (in alcune occasioni) e del pubblico costituito dai discenti, avrebbe messo *"in serio imbarazzo alcuni"* con possibile *"conseguente mancanza di concentrazione"* durante la consultazione. Per qualcuno ha rappresentato una *"Modo di lavoro in grado di consentire il confronto costruttivo con i colleghi, finalizzato all'elaborazione di decisioni appropriate su temi propriamente medici"*, e di favorire *"acquisizione di modi comunicativi propri e relazionali"*. Si è trattato per altri di un *"Percorso formativo essenziale per acquisire sicurezza e fiducia personali"*, per spronarsi ad affrontare situazioni nuove e criticità, *"Percorso formativo essenziale, importante registrare per rivedere e analizzare le criticità e le cose positive"*. Nella realtà si può evitare di affrontare problemi per cui non ti senti all'altezza e lo puoi far fare ad altri colleghi, lì no". In alcuni casi sono emerse critiche personali sul metodo: *"vedo questa metodica*

*lontana dalla realtà”, ” non credo che si possano ricreare in aula spaccati di consultazioni in modo realistico , “forzatura del comportamento”, ”troppa sceneggiata”.*

La nostra analisi ha evidenziato che la quasi totalità dei discenti ha considerato i temi come *“ampi e pertinenti, adeguati e coerenti con la realtà dell’attività ambulatoriale del MMG, quotidiani e ricorrenti, comunque interessanti”.*

Qualcuno è sceso nel merito dei compiti del simulatore, giudicato *“incapace di esprimere vissuti propri”*; altri hanno manifestato dissenso per l’applicazione della metodica a fini valutativi (evento verificatosi sperimentalmente solo in alcune occasioni).

Cinque dei ventuno discenti hanno dichiarato di non aver visto l’utilità della metodica di insegnamento, due l’hanno descritta come *“limitata”,* in particolare in uno dei due casi il collega la definisce *“limitata, troppo protetta e poco realistica nel timing”.*

La nostra analisi fa emergere un secondo sotto tema: **” IMPATTO EMOTIVO E COGNITIVO SUL PROPRIO PROCESSO FORMATIVO”.** Per la netta maggioranza dei discenti (14 su 21) c’è evidenza di aspetti favorevoli come: visione globale/olistica del paziente, ricostruzione realistica della relazione medico-paziente, riproduzione di situazioni cliniche stimolanti. La didattica del Paziente Simulato ha consentito di analizzare e discutere soluzioni cliniche in condizioni protette, migliorando l’approccio individuale nella relazione medico-paziente grazie al contatto diretto con il paziente simulatore. Vivere in prima persona una consultazione simulata permette, secondo l’opinione del discente, di costruirsi un bagaglio esperienziale maggiore: *“vivere un caso simulando resta più impresso in memoria rispetto alla semplice lettura dello stesso”,* per qualcuno è stata utile anche la *“possibilità di osservare dall’esterno una consultazione complessa che si svolge in poco tempo”* tra protagonisti che non si conoscono . *Secondo alcuni* il dibattito successivo alla simulazione ha fornito alcuni *“utili spunti di riflessione”,* consentendo di approfondire i temi affrontati: *“Alcuni casi mi hanno spinto a successive riflessioni.”,* *“ragionamento su temi prettamente medici”,* *“acquisizione di modi comunicativi propri e relazionali”.*

In particolare è stato valutato positivamente l’approccio alla consultazione tra pari, attraverso il *“confronto costruttivo con i colleghi”,* *“la discussione consente una più ampia visuale del proprio operato ( emergono i limiti di carattere e pregiudizi utili all’autocritica)”.* Motivo di disagio per alcuni è stato la presenza del pubblico di discenti/compagni di classe che assiste: *“La presenza della platea mi crea frustrazione, ansia, rabbia”;* pubblico anche descritto come *“parte del pubblico = pletora”.*

In tre casi si è rilevato il fastidio rappresentato dalla presenza della videocamera (se pure spesso spenta), descritta come *“fonte d’imbarazzo”* o *“disagio”.*

Un gruppo di cinque discenti ha invece sollevato dubbi circa eventuali aspetti positivi per la propria formazione e difficoltà a *“esprimere sentimenti reali in una situazione di simulazione”*, *“difficoltà a riprodurre emozioni reali.”* *“non credo sia possibile con questo metodo accorgersi di eventuali difetti comunicativi”*. Infine l’aver sperimentato, in alcune simulazioni, la possibilità di una valutazione del discente, ha suscitato allarme e dissenso: *“La distanza fra discenti e docenti ha ostacolato la spontaneità”*, *“clima teso da esame”*, *“non può essere un metodo di valutazione delle capacità di un medico”*.

**“SUGGERIMENTI”** si può titolare un terzo sotto tema, ove i discenti vanno da veri e propri consigli sui modi di svolgimento: *“Ampliare la varietà dei temi (oncologici, psichiatrici, neurologici, frequent attenders, violenza domestica, lutto in gravidanza, gestione di cattive notizie...)”*, *“meglio se svolto a piccoli gruppi di lavoro o medico e paziente soli”*, *“per potermi immedesimare la simulazione non dovrebbe avere spettatori ma potrebbe essere filmata e discussa successivamente”*, *“discussione più strutturata e guidata dopo la simulazione, evidenziare tecniche comunicative”*, *“il docente dovrebbe accompagnare il discente nelle fasi della simulazione”*. Sono state anche proposte indicazioni sui luoghi e tempi di svolgimento: *“Utilizzare la metodica di discussione del caso simulato nell’ambulatorio del MMG durante il tirocinio in Medicina Generale”* *“non praticabile all’inizio del Corso ma utile al secondo anno grazie a maggior esperienza sul campo da parte della classe”*. Qualcuno propone lo strumento del Paziente simulato per il *“richiamo ad una dimensione ambulatoriale del medico di medicina generale dopo l’esplorazione ospedaliera legata al tirocinio”*. Fra i partecipanti all’indagine c’è stato anche chi si è spinto a suggerimenti più generali, ad esempio riguardanti l’aumento del numero dei mesi di frequenza al tirocinio presso il tutor di Medicina Generale, e la richiesta di rendere maggiormente responsabile il giovane medico durante quello stesso tirocinio. In un caso c’è stato il suggerimento di discutere le storie cliniche (*caso clinico*) semplicemente fra medici, ma queste parti erano decisamente fuori tema.

## **Conclusioni**

La classe ha mostrato le caratteristiche di ogni classe: un *“sistema” sui generis*, con i suoi *leader*, i soggetti discordi per partito preso, i disinteressati che si fanno trascinare dagli altri per inerzia. Nonostante tali limiti, peraltro attesi, l’esperienza di mettere in campo la docenza con il Paziente Simulato è stata prevalentemente positiva: laddove il gruppo di lavoro si mostra preparato e concorde, la metodologia didattica del Paziente Simulato è in grado di realizzare una valida analisi di consultazioni semplici e complesse, facendo emergere nella discussione aspetti clinici, relazionali e di gestione utili per l’apprendimento. In particolare è adeguata per conoscere maggiormente se stessi dal punto di vista emotivo nella relazione con il paziente, cosa che ha successiva conferma dal confronto fatto con la lettura delle trattazioni sinteticamente compilate dai discenti in forma anonima a titolo *“oggi ho*

imparato che” stilate al termine di una giornata di lavoro con Paziente Simulato e che vengono poi consegnate ai docenti.

L’esame delle riposte all’intervista ha fatto emergere alcuni dubbi sulla condivisione dell’esperienza con gli altri colleghi, che è stata giudicata da qualcuno *utile per un confronto costruttivo sui temi tipici della professione* mentre per altri ha rappresentato una criticità legata al fatto di mettersi in gioco personalmente davanti a una videocamera e a un pubblico; abbiamo quindi immaginato di eliminare in futuro la videocamera, identificata come un “rumore di fondo” inutile al perseguimento del nostro obiettivo. Per quel che riguarda la numerosità del pubblico, la ridurremo, fermo restando l’evidenza che i MMG oggi devono imparare a lavorare insieme, in gruppo, modo di lavoro che l’Università non trasmette.

Sappiamo che la premessa necessaria perché la simulazione in classe abbia esito costruttivo è confortare la classe assicurandola sempre in merito al fatto che stiamo lavorando in ambito protetto, che si tratta di una finzione a scopo didattico e che è parte del lavoro stesso anche il coinvolgimento della sfera emotiva. Probabilmente il fatto di svolgere alcune simulazioni a scopo valutativo può aver messo in bilico gli equilibri e allontanato affettivamente e cognitivamente alcuni dei colleghi discenti, come hanno dimostrato i commenti relativi. L’ottica valutativa può condizionare l’esito della consultazione e la spontaneità degli attori, rendendo meno efficaci le peculiarità didattiche della simulazione, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti emotivi della relazione tra medico e paziente. Infine la grande variabilità che caratterizza ogni consultazione, situata in uno specifico contesto e con specificità relazionali tra medico e paziente sempre diverse, non consente l’individuazione di parametri equi e uniformi per un giudizio valutativo.

L’esperienza didattica oggetto dell’intervista è stata una delle prime, svolte dal team dei docenti in quella determinata classe, quindi l’approccio anche se basato su di un modello validato si può considerare sperimentale. Dall’intervista sono peraltro emerse interessanti osservazioni che rispecchiano gli obiettivi che l’applicazione della metodica dovrebbe sviluppare. Aggiungiamo che anche il confronto con la lettura degli: “oggi ho imparato che”( sintetico tema che viene somministrato ai discenti al termine di una seduta di Paziente Simulato) depone a favore della metodica attraverso la conferma di raggiungimento di obiettivi clinici, gestionali e soprattutto relazionali sui temi trattati. Consideriamo dunque l’esperienza nel complesso positiva e, con qualche aggiustamento, riproducibile nello stesso e in altri contesti.

#### BIBLIOGRAFIA :

1. F. Valcanover, N. Sartori, *Simulated patient: a holistic approach like a bridge between theory and practice in medical education*. WONCA Europe Conference 2009.
2. H. S. Barrows, *Simulated Patient in Medical Teaching*, Canad. Med. Ass. J. April 6, 1968, vol 98: 674-676

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

#### SITOGRAFIA:

Roccatò M., *L'uso del paziente simulato nella didattica in Medicina Generale*, tesi finale CFSMG 2012, Trento,

[www.clipslab.org/simulated-patient-laboratory](http://www.clipslab.org/simulated-patient-laboratory)