



CLIPSLAB-IT

Clinical and Professional Skills Simulation Lab

Via del Brennero 260/B 38121 Trento IT – Tel. +39 0461 830784

www.clipslab.org info@clipslab.org

Fabrizio Valcanover & Norma Sartori

30/04/2022

Metodologia di approccio al paziente simulato / strutturato

(Dal paziente strutturato alla consulenza al ruolo
N. Sartori - F. Valcanover)

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 starter!

(Sarah Gear, *The Complete nMRCGP Study Guide*, Radcliffe P. 2008)



Metodologia di approccio al paziente simulato / strutturato

(Il metodo usato da Sartori N - Valcanover F con accenno al paziente "strutturato e alla "consulenza al ruolo)

Premessa

Anche se ora poco usati a livello internazionale, le definizioni "paziente strutturato" e "paziente simulato", sono ancora utili nella formazione di chi lavora sul territorio.

A queste due definizioni aggiungiamo quella di "consulenza al ruolo con uso del paziente simulato" che costituisce un'altra proposta formativa, specificatamente rivolta ai professionisti della salute (non solo medici a volte anche il personale amministrativo) che lavorano già sul territorio.

In questo scritto usiamo quindi le definizioni: "paziente strutturato", "paziente simulato" e "consulenza al ruolo".

Negli ultimi dieci anni, per vari motivi, quando si parla di simulazione si intende soprattutto la simulazione specialistica, in ambito ospedaliero, con uso avanzato e sofisticato e con utilizzo manichini. Per approfondire può essere utile consultare una breve storia delle simulazioni pubblicata sul sito www.clipslab.org – [Breve storia delle simulazioni](#) –

Le metodologie delle simulazioni orientate al territorio (ovvero alle cure primarie) permettono anche ricostruzioni di scenari complessi con molti attori sanitari e sociosanitari in team che lavorano per la cura del paziente/i.

L'articolazione per la formazione sul territorio (utile anche per personale infermieristico, segretarie di studio medico ed altri operatori) presuppone una formazione di base che in ambito internazionale è di pertinenza solitamente degli studi universitari per le professioni che hanno un iter universitario.

Negli ultimi 20 anni ci siamo occupati principalmente di quello che chiamiamo "approccio olistico con il paziente simulato", che implica un deciso coinvolgimento del paziente/simulatore. Abbiamo applicato questa metodologia, con qualche modifica, anche a complesse situazioni di disagio psichico, che si presentano spesso insieme con altri problemi di salute e che rendono il paziente più fragile e più complesso nella gestione globale. In questi contesti l'aspetto formativo viene strutturato al fine di dare ad ogni professionista strumenti per la gestione del disagio psichico, partendo anche dalle caratteristiche professionali soggettive di ogni medico e cercando di dare una personalizzazione nel feedback. Di questa metodologia parliamo ampiamente di seguito.

Un altro approccio che chiamiamo "uso della metodologia del paziente strutturato" serve per dare delle basic skill (cliniche relazionali e gestionali) e per abituare il discente alla presenza / interferenza del paziente nel processo diagnostico e nel processo di cura.

Noi ce ne occupiamo perché nel nostro paese non esiste, salvo eccezioni, l'utilizzo in ambito universitario, (ampiamente usato nel mondo) quale strumento formativo e valutativo.

Riteniamo che il lavoro con i discenti con il paziente strutturato costituisce la premessa per l'uso di simulazioni più avanzate.

In questo documento parliamo anche della "consulenza al ruolo – supervisione" che consiste nell'applicazione di metodologie di simulazione mettendo in scena storie cliniche complesse, con situazioni impreviste ed imprevedibili, dove, con diversa intensità, si mescolano problematiche cliniche, relazionali, organizzative e di rete.

In ogni caso centrale ed indispensabile è il ruolo dei cittadini / simulatori, della cui formazione ci siamo ampiamente occupati, arrivando a costruire un gruppo simulatori di anche 10 -15 persone. In Europa, Canada, Usa, Australia e altri paesi nel mondo, questa figura svolge a diversi livelli anche funzioni organizzative e didattiche, non praticabili sempre in Italia. Abbiamo sviluppato un manuale (di prossima pubblicazione sul sito www.clipslab.org) in cui parliamo della formazione e della costruzione e mantenimento di un gruppo di simulatori attivi nella didattica.

Introduzione alla metodologia del paziente simulato

- Il contesto principale nel quale abbiamo sviluppato le nostre metodologie è il Corso di formazione specifica in medicina generale a Trento (IT) e in Italia, anche se abbiamo esperienze internazionali sull'uso di questa metodologia in contesti interculturali.
- Nell'esperienza italiana è molto importante colmare il divario tra teoria e pratica tipico della maggioranza dei medici neolaureati, ed anche raggiungere l'obiettivo "imparare a lavorare in squadra" ormai necessità delle cure territoriali.
- Lavoriamo e abbiamo lavorato per la formazione medica continua dei medici di medicina generale, con gli studenti della Facoltà di Medicina e con il personale segretariale per studi medici, per incoraggiare il lavoro in team nella pratica della medicina territoriale.
- I nostri simulatori non sono attori professionisti ma cittadini di varie età che selezioniamo e formiamo noi.
- In altri contesti complessi o misti (formazione tutor, altro personale sanitario, specialisti) utilizziamo anche simulatori estemporanei volontari per arricchire gli scenari didattici. In questo caso la formazione è estemporanea, a volte direttamente sul campo, con istruzioni semplici e precise.
- Raramente utilizziamo dispositivi, ad esempio un fonendoscopio, in grado di simulare suoni cardiaci, polmonari e intestinali.
- Gli obiettivi formativi sono orientati a affinare contemporaneamente abilità cliniche, relazionali e gestionali spendibili nella pratica. Prestiamo particolare attenzione alla sicurezza dei pazienti, alla professionalità e all'approccio incentrato sul paziente. Nelle consulenze al ruolo e nelle simulazioni avanzate lavoriamo sugli "obiettivi emergenti"
- Gli scenari sono sempre presi da casi reali che si sono verificati durante il lavoro quotidiano. Nella formazione medica continua e nella formazione dei tutor medici di medicina generale chiediamo ai medici di raccontarci alcune vere e proprie storie cliniche problematiche che sono successe durante il lavoro quotidiano e trasformiamo le storie cliniche in simulazioni. La narrazione di una storia reale è anche la base per tutte le simulazioni che coinvolgono altre figure sanitarie. Un'eccezione parziale a questa regola è nel caso di simulazioni strutturate a scopo formativo o valutativo, dove il "caso clinico" pur ispirandosi alla realtà, viene adattato agli obiettivi formativi e/o valutativi

È una metodologia didattica che portando in aula il paziente consente al discente di sperimentare l'approccio olistico tipico della medicina generale ma soprattutto gli consente una riflessione immediata sulla consultazione appena svolta con l'aiuto stesso della "voce del paziente" (feed back immediato). È una situazione unica in cui è possibile intervistare il paziente dopo la consultazione (nella pratica quotidiana con il "paziente vero" ciò non è possibile) e con la guida dei conduttori il discente può analizzare il percorso logico che lo ha condotto alla decisione clinica, riflettendo sul proprio agire clinico, sulla propria capacità di utilizzare nella pratica il bagaglio di conoscenze teoriche, ma anche su eventuali lacune cognitive o bisogni di approfondimenti. Inoltre, può esercitarsi nella relazione con il paziente, può cogliere ed analizzare (discutendone apertamente col simulatore) la soggettività del paziente, può sperimentare conflitti e fare pratica della loro elaborazione senza nuocere a nessuno. Nella letteratura internazionale la simulazione è raccomandata per aumentare la sicurezza del paziente perché consente ai giovani medici di esercitarsi in uno scenario verosimile. Infine, è una metodologia ideale per la consulenza al ruolo e la supervisione attraverso la messa in scena di casi realmente accaduti ai discenti. (Norma Sartori 2022)

Fasi della metodologia

La simulazione olistica avanzata prevede un approccio globale da una storia clinica reale messa in scena con minime variazioni che servono a salvaguardare la privacy. Lavora sugli apprendimenti e le criticità emergenti. È utile soprattutto per addestrare a lavorare con l'incertezza e la turbolenza.

Questi approcci hanno caratteristiche di riproducibilità metodologica.

Quello che può essere riprodotto è il metodo di approccio e le soluzioni innovative trovate nella risoluzione dei problemi emergenti, il percorso di ricerca di una propria professionalità, le misure necessarie per salvaguardare la sicurezza del paziente anche in situazioni critiche e di incertezza.

Prima della simulazione

- Discutiamo con i simulatori la storia e prepariamo insieme un canovaccio o un copione (a seconda del grado di strutturazione della simulazione)
- Prepariamo le cartelle cliniche e tutto il materiale clinico informativo necessario (referti, esami, consulenza specialistiche, dimissioni, ecc.) che viene proiettato in tempo reale ai discenti.
- Lavoriamo con i simulatori per definire le caratteristiche del paziente (retroterra culturale, emozione, approccio alla malattia, ecc.)
- Prepariamo i simulatori ad esporre correttamente i sintomi e le risposte alle domande del medico.
- Nelle simulazioni avanzate o nella consulenza al ruolo il simulatore si comporta spontaneamente come se lui/ lei fosse di fronte al suo/ il suo medico. I nostri simulatori esperti sono in grado di improvvisare in queste situazioni.
- In situazioni di consulenza, sia medica che di altro operatore sanitario, invitiamo il committente a partecipare alle riunioni di preparazione.

Svolgimento della simulazione

La consultazione di solito si svolge in classe ed è condotta da medici di medicina generale o operatori del settore esperti. Partecipano anche simulatori esperti. La simulazione sul campo costituisce uno dei passi indispensabili per la formazione di conduttori e simulatori. Nella simulazione strutturata valutativa di solito la classe non viene coinvolta. Laddove possibile viene creato un ambulatorio (studio) medico ripreso a circuito chiuso e proiettato in aula in altra stanza, questo per aumentare la verosimiglianza della situazione e la concentrazione del medico che simula senza pubblico.

Struttura del dopo simulazione

Il dopo simulazione ha una struttura simile nei vari approcci più o meno strutturati.

- L'intervista al paziente (SP): al paziente viene chiesto di commentare il suo sentimento e le emozioni provate durante la consultazione; vengono esplorate anche le sue idee sulla diagnosi, sul seguire il consiglio del medico e anche le preoccupazioni e le aspettative sulla malattia.
L'intervista al paziente è una delle parti più importanti nelle simulazioni che si occupano della consulenza al ruolo e nelle simulazioni formative.
In questi contesti la "voce del paziente" è centrale per approfondire:
l'accoglienza, sensazione di essere compresi o meno, risposta medica ai problemi di salute presentati;
La chiarezza delle spiegazioni ricevute: percorsi diagnostici, metodi di assunzione di farmaci, livello di gravità del problema di salute.
La soddisfazione generale espressa liberamente, indipendentemente dai singoli aspetti trattati.

Nelle simulazioni formative e nella consulenza al ruolo, quando il paziente/simulatore esprime i suoi vissuti e le sue reazioni viene chiarito che quello è un ambito di "soggettività".

Nelle simulazioni formative, infatti, emerge in modo chiaro la soggettività del paziente. Spesso le storie analizzate sono turbolente e il medico ha a che fare con situazioni di incertezza e difficile intervento. Dare risposte a queste situazioni è una delle funzioni principali delle simulazioni formative e della consulenza al

ruolo. Possiamo dire che è quindi una consulenza individuale, anche se il gruppo dei discenti può entrare in risonanza con caratteristiche simili, in parte applicabili a ciascuno.

Nelle sedute strutturate a fini didattici e/o valutativi di norma non facciamo esprimere i vissuti del paziente ma chiediamo a volte al simulatore di commentare la consultazione mettendo il focus su abilità relazionali minime ed indispensabili: accoglienza del paziente, ascolto, ecc.)

Nella simulazione strutturata valutativa il ruolo del simulatore è diverso, visto che gli viene chiesto di ripetere lo stesso copione più volte. Il simulatore partecipa in parte al processo valutativo.

- L'intervista al medico: al medico vengono fatte domande per capire il processo logico che ha portato alla diagnosi, il percorso intrapreso dal medico per inquadrare e risolvere i problemi (problem solving) del paziente, le motivazioni di certe scelte.
Vengono anche esplorate sia la percezione di proprie lacune cliniche che il grado di soddisfazione personale per la consultazione.
Queste osservazioni sono più articolate ed entrano in profondità nella consulenza al ruolo e nelle simulazioni formative.
Nella simulazione strutturata viene poco o nulla approfondito il vissuto del medico
- Discussione di gruppo: domande, osservazioni e riflessioni individuali di tutti i presenti: *qualsiasi osservazione che dia un giudizio* sul lavoro del collega è bloccata dai conduttori. Ogni feedback di osservazione deve essere utile a coloro che hanno preso parte alla simulazione e / o sottolineare il loro possibile diverso approccio contestualizzandolo. In qualsiasi tipo di simulazione lavoriamo anche sulla relazione di aiuto della classe nei confronti del collega che ha effettuato la simulazione come medico.
- Le osservazioni dei conduttori incentrate sugli obiettivi di apprendimento e, in particolare, sugli obiettivi e sui risultati che emergono dalla simulazione e che non sono stati previsti. Negli incontri strutturati i simulatori esperti fanno più osservazioni sulle abilità relazionali.
- Osservazioni cliniche da parte di docenti di contenuto, laddove è prevista la loro presenza.
- Gestione degli errori clinici e relazionali.
Se troviamo un errore clinico significativo, invitiamo i colleghi a riflettere e correggere con l'aiuto di aula e/ o consultare la letteratura indipendente e la ricerca su banche dati.
Se troviamo l'errore relazionale, discutiamo con la classe e cerchiamo di trovare soluzioni praticabili.
- Feedback immediato in aula: i tirocinanti e i colleghi sono invitati a scrivere in modo anonimo le loro impressioni su come è andata la consultazione. "Oggi ho imparato che ... ". Questo aspetto metodologico, appositamente creato da Sartori e Valcanover, produce un elenco di impressioni immediate, che si legge alla fine della lezione in aula e rappresenta un apprendimento immediato di tutti i partecipanti e diventa il patrimonio del gruppo. Questa tecnica mira a fare in modo che emergano dall'aula gli apprendimenti significativi dei singoli discenti e della classe.
- Feedback alla classe: presentiamo diapositive riguardanti il lavoro della lezione (immagini, stralci di colloquio, parole chiave, frasi significative ...); a ciò fanno seguito osservazioni più approfondite che potrebbero essere utili allo sviluppo professionale del collega. Di norma queste slide vengono preparate in tempo reale e subito mostrate alla fine dell'incontro formativo.
- Nella consulenza al ruolo i feedback sono strutturati in maniera diversa, mirando alla possibile soluzione delle criticità presentate e si presentano come una "relazione sulla consulenza"

Altri aspetti

Simulazioni complesse possono prevedere anche la ricostruzione di una visita domiciliare, l'incontro di operatori sanitari per discutere di un paziente, ecc. In queste situazioni viene ricostruito il domicilio del paziente (o la sala riunioni) e vengono solitamente coinvolti molti simulatori.

Una particolare forma di simulazione complessa è la simulazione di una "normale giornata di ambulatorio" in cui in contemporanea utilizziamo due medici che tengono una seduta di ambulatorio di un ora circa con 4-5 pazienti/emulatori che vengono a turno in consultazione.

Lavoriamo anche su simulazioni che mirano a guidare i discenti neolaureati che vogliono lavorare in medicina generale in simulazioni "organizzative" (come costruire una medicina in team) ad esempio come costruire una medicina di gruppo. In questo contesto i simulatori testano l'assetto organizzativo.

Obiettivi (della metodologia del paziente simulato e della consulenza al ruolo)

- Approccio al paziente: possibilità di offrire agli studenti opportunità di praticare un approccio olistico al paziente, tipico della medicina generale, comunque utile per qualsiasi medico e/ o professionista sanitario.
- Applicazione delle linee guida: esercitazioni pratiche sulla differenza tra la teoria e l'applicazione pratica delle linee guida, restituendo alle linee guida il loro valore consultivo e al processo decisionale clinico la sua complessità.
- Approfondimenti degli aspetti clinici: evidenziare eventuali lacune cliniche invitando il partecipante o lo studio di gruppo (fornendo anche la letteratura).
- Analisi del processo logico che porta alla diagnosi attraverso un colloquio con il medico che ha effettuato la consultazione in aula con il paziente simulato.
- Consulenza professionale: quando il discente chiede la consulenza per un caso che è accaduto nella pratica quotidiana, viene messo in scena e la classe agisce come un gruppo di consulenti sul caso.
- Promozione dello stile professionale personale.
- Promozione della capacità di lavorare in gruppo: guidare i giovani colleghi da uno stile competitivo (appreso nel corso degli studi universitari) ad una collaborazione richiesta dalla realtà professionale di erogazione delle cure; offrire ai colleghi in attività (formazione continua) la possibilità di praticare il lavoro in gruppo e la collaborazione con i colleghi.
- Focalizzare l'attenzione al contributo che il paziente può dare nel processo diagnostico e terapeutico.
- Meta-obiettivo: stimolare e fornire strumenti ai discenti per apprendere a lavorare proficuamente in team coadiuvando un collega.

Cenni alla simulazione strutturata e alla consulenza al ruolo

Di queste due varianti metodologiche viene dato solo un accenno, anche perché stiamo lavorando su modifiche all'approccio classico del paziente strutturato e stiamo lavorando sulla particolare simulazione avanzata che chiamiamo "consulenza al ruolo".

La simulazione strutturata prevede anche la presenza del paziente, ma più come "distrattore, disturbatore", essendo la consultazione centrata soprattutto su particolari obiettivi clinici, gestionali, relazionali che noi chiamiamo "basic skill"

In ambito internazionale è molto usato l'interfacciamento con stazioni OSCE.

Una delle caratteristiche peculiari è la possibilità di utilizzarla in ambito valutativo. Nella nostra esperienza internazionale abbiamo visto che una "prova" con il paziente strutturato costituisce blocco per gli studenti di medicina sia in Olanda che in Inghilterra. In questi contesti gli studenti hanno ampi spazi di esercitazione, sia con simulatori che con manichini, sia per apprendere, sia per esercitarsi prima dell'esame valutativo.

Questo approccio implica un uso diverso dei simulatori che, di norma, non devono manifestare il proprio vissuto, ma eseguire delle istruzioni in scioltezza ed eventualmente fare delle osservazioni al team dei discenti.

Abbiamo fatto consulenza sul paziente strutturato in alcune sedi universitari diversi anni fa, e soprattutto metodologica, in diversi contesti formativi.

Abbiamo utilizzato degli approcci strutturati anche alla FSMG di Trento negli ultimi anni, visto la rigida formazione clinica e la non conoscenza di altre metodologie didattiche da parte dei neolaureati.

Ultimamente lavoriamo per un progetto strutturato, che non necessariamente usi le stazioni OSCE ma si concentri su un approccio globale decisionale della consultazione.

Nella consulenza al ruolo, un collega in un piccolo gruppo (necessario in una consulenza al ruolo) impersona il collega committente. È una metodologia radicalmente esperienziale.

Preliminarmente viene creato un setting in cui vengono fornite informazioni, documentazione ed altro, come ne ha il collega committente. La riunione con i simulatori avviene anche con il collega committente che si premura di dare informazioni ai simulatori, soprattutto di clima e di vissuti.

La consultazione non ha limiti di tempo. Eventualmente se i tempi sono troppo prolungati rispetto la necessità, un altro "paziente" suona alla porta cercando di fare fretta al medico.

Le istruzioni al simulatore sono poche, centrate sui sintomi da presentare. Lavoriamo molto alla ricostruzione del carattere del "paziente". Il paziente/simulatore, inoltre, è libero di comportarsi come si sente, se succede qualcosa di non previsto (come se fosse lui dal suo medico).

In questo contesto è necessario un "paziente simulato esperto" sia nell'esserci nella consultazione, sia con chiari obiettivi.

Riserviamo questo ruolo ai simulatori/emulatori anziani esperti. A questa metodologia (che noi amiamo vedere come uno sviluppo olistico dell'approccio di Balint) verrà dedicato un apposito scritto.

Come già detto in questo contesto viene direttamente coinvolto il committente che vuole la consulenza.

NOTA FINALE.

In un contesto formativo avanzato è utile se non indispensabile, la costruzione di un Laboratorio delle Simulazioni per le cure primarie, che condivida con altri laboratori delle simulazioni la formazione Basic, che curi la crescita e la formazione dei simulatori, e che armonizzi i diversi approcci a seconda delle necessità.

Attualmente stiamo lavorando su uno scritto che indichi i metodi, le procedure, i costi, ecc. di un Laboratorio delle simulazioni.

In un documento a parte sul sito www.clipslab.org viene presentata una lista di un estratto della documentazione video prodotta.

I video pubblicati sul sito hanno tutte le autorizzazioni necessarie. Per gli altri è opportuno contattare la segreteria CLIPSLAB

Questo approccio, basato sull'esperienza internazionale, è stato sviluppato da Sartori e Valcanover ed è espressione di CLIPSLA-IT (registrazione del marchio in corso).

La nostra metodologia si ispira

- Balint M. Medico, paziente e malattia. Feltrinelli 1981. Milano
- J.A. Cleland, K. Abe, JJ. Rethans. The use of Simulated Patients in Medical Education, AMEE Guide n. 42, Aberdeen, UK 2010.
- F. Dudley. The Simulated Patient Handbook, Radcliffe Publishing LID, London UK 2012
- D. Nestel, M. Bearman. Simulated Patient Methodology – *Theory, Evidence and Practice* -, published 2015 John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO198SQ, UK
- P. Worrall. Light-Bulb Moments – *Simulated Patients in East Midlands Healthcare* – Published by Retep Press, Leicester UK 2014

Trento aprile 2022

Norma Sartori
Fabrizio Valcanover