



CLIPSLAB-IT

Clinical and Professional Skills Simulation Lab

Via del Brennero 260/B 38121 Trento IT – Tel. +39 0461 830777

www.clipslab.org info@clipslab.org

Fabrizio Valcanover & Norma Sartori

Laboratorio simulazioni cure primarie

Progetto di costruzione di un
laboratorio di simulazioni
orientato alle cure primarie.

Fabrizio Valcanover - Norma Sartori

Trento luglio 2022

Premessa

In questo documento viene delineato un primo progetto per la costruzione di un laboratorio di simulazione. Il progetto parte dall'ipotesi di una costruzione dall'inizio; a richiesta del committente possono essere preparati percorsi personalizzati che prendono in considerazione solo alcune parti. Può essere agevolmente adattato a contesti formativi che già operano utilizzando una qualche metodologia di simulazione e che già dispongono di facilitatori (i conduttori in aula della simulazione) o simulatori.

Obiettivo è quello di un progetto che copra tutte le necessità formative territoriali, non solo di medici ed infermieri ma anche del personale (ad es amministrativo) o di altre figure sanitarie o parasanitarie che lavorano sul territorio. Nel suo laboratorio base, inoltre, si punta a fornire un agile strumento da utilizzare nell'ambito della formazione universitaria medica ed infermieristica.

Il progetto, infine, vuole costruire un ambito formativo per conduttori, simulatori ed altri operatori delle simulazioni. Anche se la lingua base del laboratorio è l'italiano, la necessità di un confronto non solo con i centri che operano in Italia, ma anche con le realtà europee ed internazionali obbligano all'utilizzo anche della lingua inglese laddove possibile. Per portare avanti questo progetto verrà utilizzato l'esperienza e il materiale prodotto dal 2005 in poi da Fabrizio Valcanover e Norma Sartori e da tre simulatori storici che lavorano in quest'ambito dal 2006.

La formazione e quanto prodotto in questi anni è in parte raccolto sul sito www.clipslab.org.

In ogni caso saranno a disposizione decine di video e filmati (anche in lingua inglese), prodotti in centinaia di ore di simulazione (con relativa preparazione) effettuate sia da F Valcanover sia da N Sartori, sia dai simulatori.

Definizioni e riferimenti bibliografici.

Numerose sono le definizioni di cosa sia la simulazione e ormai molti i tipi di approccio, l'ambito di pratica e la letteratura sulle simulazioni.

Tenendo presente che questo laboratorio è orientato al territorio e alla formazione di base degli studenti di medicina (ma anche di scienze infermieristiche ed anche di fisioterapia e di altri operatori sanitari territoriali), la scelta dei riferimenti e della bibliografia è settoriale.

Anche l'importanza dei simulatori e dei conduttori è maggiore rispetto ad altri ambiti di simulazione.

In particolare, i simulatori e i conduttori sono il cuore di questa proposta. (Box. 1)

Dispositivi tecnologici, manichini ecc, pur avendo un ruolo importante non costituiscono un aspetto prioritario.

Riferimenti bibliografici

- J.A. Cleland, K. Abe, J.J. Rethans. The use of Simulated Patients in Medical Education, AMEE Guide n. 42, Aberdeen, UK 2010.
- F. Dudley. The Simulated Patient Handbook, Radcliffe Publishing Ltd, 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
- Balint M. Medico, paziente e malattia. Feltrinelli 1981. Milano
- G. Capogna, P.L. Ingrassia, E. Capogna, M. Bernardini, G. Nardone. Il debriefing dopo lo scenario di simulazione base e avanzato strategico. Person Italia Milano-Torino 2022

Definizione di GABA di Simulazione (Gaba D 2007 The future vision of simulation in health-care. *Simulation in Healthcare*, 2:126-35)

The future vision of simulation in health care D.M. Gaba 2004 Simulation is a technique—not a technology—to replace or amplify real experiences with guided experiences that evoke or replicate substantial aspects of the real world in a fully interactive manner. The diverse applications of simulation in health care can be categorised by 11 dimensions: aims and purposes of the simulation activity; unit of participation; experience level of participants; health care domain; professional discipline of participants; type of knowledge, skill, attitudes, or behaviours addressed; the simulated patient's age; technology applicable or required; site of simulation; extent of direct participation; and method of feedback used. Using simulation to improve safety will require full integration of its applications into the routine structures and practices of health care...

Obiettivi

La storia e i percorsi delle simulazioni, anche solo in campo sanitario, sono stati vari e diversi. ([Breve storia delle simulazioni - link](#))

Hanno generato nuove figure didattiche in campo sanitario (Box 1) e dato un grande contributo alla didattica “attiva” ed a quella “esperenziale” ed hanno introdotto nuovi sistemi di valutazione.

Negli ultimi anni c'è stato un forte fiorire di esperienze diverse che vanno dalle “simulazioni in situ” dei reparti ospedalieri, all'uso di raffinatissimi manichini, all'uso misto di simulatori e manichini, ed anche all'uso di bassa tecnologia e molto fattore umano nelle simulazioni ad orientamento territoriale. *Come detto, l'interesse prioritario di questo laboratorio è l'uso della metodologia nelle cure primarie.* Sono centrali quindi le figure [dei simulatori](#) e [dei facilitatori-conduttori](#), che possono essere personale sanitario, ma anche simulatori esperti, sono quelle a cui è dedicato la maggior attenzione anche del campo della formazione e dell'utilizzo.

La metodologia delle simulazioni, anche quando viene usata in modo strutturato e valutativo, si relaziona sempre con l'aspetto narrativo del processo di cura. Se poi parliamo di consulenza al ruolo, la parte narrativa è centrale e costituisce il punto di partenza del processo di consulenza e di supervisione.

Negli ultimi dieci anni sono diventate rilevanti alcune parole d'ordine della metodologia, frutto di un incontro tra le necessità di formazione e preparazione dei professionisti, la sicurezza del cittadino, il diritto alle cure e la sostenibilità dei costi.

Di fatto anche i servizi sanitari di molti paesi e gli ambienti universitari hanno incorporato questa metodologia nei loro obiettivi sanitari. Dal 2009 in UK la simulazione è uno dei cinque obiettivi prioritari del sistema sanitario inglese.

Pur avendo molte possibilità di uso e molti obiettivi, la metodologia delle simulazioni ha messo al centro la sicurezza del cittadino, che quindi ha comportato un'attenzione particolare anche alle abilità comunicative ed anche alla costruzione di un profilo professionale ed a una capacità di rimodulare ed accrescere la propria competenza clinica.

Negli ultimi anni, come è successo in ambienti ospedalieri, anche sul territorio è emersa la necessità di una formazione interprofessionale (ignorata o rarissima in Italia), nella quale vengono giocati e riproposti i tre principali elementi chiave. Un uso quasi esclusivo in ambito universitario è quello dell'utilizzo in ambito valutativo. Questo approccio implica un discreto scostamento dalla “similitudine con il reale”, ma mantiene anche una funzione formativa che sicuramente è maggiore di quelle usate nel testing.

Box 1

Alternative terms used to describe simulated or standardized patients and expanded roles for SPs
(D. Nestel ed altr. 2005)

- Role-player- Sometimes used interchangeably with the term SP and often includes medical, nursing or health professional students as patients.
- Clinical teaching associate- Describes SPs who teach specific physical examination (e.g. breast, rectal, vaginal). The focus is on supporting learners in developing psychomotor, communication and other professional skills. This is a highly specialized role.
- Trained patient- Sometimes used interchangeably with the term SP and may or may not include a person who is using their experience of a particular illness to play their role.
- Patient instructor- May be used interchangeably with the term SP and may include a person who is using their experience of a particular illness to play their role.
- Incognito or unannounced patient- An SP who enters real clinical settings (e.g. pharmacy, general practice) with permission but without being identified as an SP-enabling judgements of clinician performance in action.
- Volunteer patient- A patient who is sufficiently well to attend teaching sessions. They may simply be themselves in role-play activities (e.g. an Objective Structured Clinical Examination) or they may play the role of another patient.
- Hybrid patient- The combination of an SP and a simulator permitting the practice of procedural and operative skills. The concept was first reported by Kneebone et al., who described the blending of simulation modalities as “patient-focused simulation, and is now widely used internationally.
- Actor patient- Used interchangeably with the term SP, although it may refer to professional acting skills of the SP.
- Confederate- An individual other than the patient who is scripted in a simulation to provide realism, additional challenges or additional information for the learner (e.g. paramedic, receptionist, family member, laboratory technician. The voice of manikins can also be considered as a confederate role.)

Adapted from the Victorian Simulated Patient Network, Module 1: An Introduction to Simulated Patient Methodology.

Struttura del laboratorio

Il laboratorio è orientato alla formazione territoriale, ovvero agli operatori che lavorano in ambito sanitario (anche non strettamente sanitari)

Nella formazione di base è anche orientato genericamente a studenti di medicina e/o scienze infermieristiche.

La costruzione del laboratorio mire a costruire delle “stanze” con a specifici obiettivi.

Le stanze proposte sono:

Simulazione base

Simulazione avanzata

Consulenza al ruolo e supervisione

Reclutamento facilitatori/conduuttori

Reclutamento simulatori

Ognuna delle stanze si può occupare sia della formazione di professionisti/e della salute, sia di operatori sanitari anche amministrativi.

Il target è non solo il personale medico ed infermieristico in fase di formazione specialistica, ma anche tutte quelle aree di formazione (formazione continua, formazione personale amministrativo, formazione team interprofessionali, ecc.). Spetterà al responsabile del laboratorio e al suo staff attivare procedure per il controllo e il mantenimento della qualità e per progetti di ricerca.

La squadra di lavoro di base

La “squadra di lavoro di base” è il primo nucleo che porta a costruire i laboratori. In fase iniziale è formato da un gruppo di lavoro di esperti che gradualmente integrano nuove figure per la direzione, permettono l’inizio delle attività, strutturano gli altri gruppi di lavoro, individuano obiettivi e percorsi iniziali.

La creazione di un gruppo di lavoro base permetterebbe di partire rapidamente con alcune attività e di controllarne inizialmente il loro funzionamento fino all’arrivo a regime delle cinque stanze di lavoro.

Il responsabile del laboratorio individua gli esperti che vuole al suo fianco. Altre figure saranno integrate, qualora ce ne sia bisogno, tenendo conto anche di eventuali richieste istituzionali e/o del committente.

La squadra di lavoro di base può darsi un tempo definito (da due a sei mesi con numero di ore variabile, a seconda del committente e se il laboratorio parte o meno da zero durante la costruzione delle stanze vengono già proposte delle simulazioni sia standard che avanzate, non solo rivolte ai discenti o a chi ha chiesto la simulazione, ma anche come palestra di formazione del futuro gruppo che guiderà il laboratorio ed anche di facilitatori e simulatori.

Al termine del lavoro della squadra di lavoro di base (tempi su indicazione del committente), il gruppo si scioglie e verrà creato il gruppo tecnico-scientifico che guiderà il laboratorio, con il responsabile e componenti come concordati con il committente.

Qualora la squadra di lavoro di base si inserisca in percorsi già funzionanti, la stessa squadra si integrerà per il periodo necessario con gli staff e i soggetti che già lavorano sulle simulazioni in forme e modi concordati entrando nelle “stanze” già presenti e/o costruendone nuove.

Obiettivi della squadra di lavoro di base.

Partendo dalle risorse economiche e di personale umano disponibile) e tenendo conto delle esigenze o delle richieste del committente, il primo nucleo di lavoro:

- Implementa la prima fase di lavoro con la formazione di nuovi simulatori con le competenze di base che essi devono avere
- Definisce il percorso di formazione dei facilitatori (che dirigono le simulazioni)
- Individua tecnologie, strumenti e spazi indispensabili
- Propone modifiche del budget iniziale motivandole.
- Definisce la partenza in forma ristretta del progetto, proponendo alcune simulazioni di base ed almeno una avanzata e una di consulenza al ruolo, che diventano anche palestre di formazione
- Gestisce i rapporti preliminari con altri centri di simulazioni italiani ed esteri qualora necessario.
- Gestisce rapporti e richieste dell’Università di Medicina, di Scienze infermieristiche e eventualmente delle Aziende Sanitarie o di altri soggetti interessati.

Parte subito nella squadra di base anche il lavoro tecnico di studio ed approfondimento di letteratura ed esperienze, obbligatorio per facilitatori simulatori ed eventuali rappresentanti di interfacce didattiche, facoltativo ma consigliato per membri meno coinvolti direttamente nel laboratorio.

La squadra di base, qualora il progetto parte dall'inizio, al raggiungimento dei propri obiettivi si scioglie e viene sostituita da una direzione generale al cui interno vengono anche coinvolti i rappresentanti dei soggetti istituzionali che partecipano a vario titolo (finanziatori, direzione obiettivi didattici, istituzioni pubbliche o private).

In presenza di gruppi di lavoro già strutturati o di laboratori in parte funzionanti, il gruppo di lavoro di base si struttura come gruppo di consulenza anche per singole parti (stanze) del progetto proposto.

Laboratorio simulazioni base

È un ambiente in cui l'approccio didattico con la simulazione viene proposto in modo semplice e didattico, avendo come obiettivo di far conoscere lo strumento anche ai discenti, di dedicarsi alla didattica basata sulla consultazione clinica-comunicativa e decisionale, all'apprendimento di manualità semplici anche con uso di manichini.

Può essere utilizzato anche in ambito amministrativo sanitario e in ambito parasanitario.

In questo laboratorio base:

- si implementano i primi percorsi di simulazione, anche con funzione didattica per nuovi simulatori e/o facilitatori
- si progettano anche forme semplici e sperimentali di valutazione non solo formativa ma anche certificativa.
- si inizia la fase di reclutamento e formazione di simulatori e facilitatori (che possono essere medici e/o sanitari o anche, in alcune occasioni i simulatori esperti.)

Con "facilitatore" si intende chi conduce la sessione, sia esso un sanitario o un simulatore esperto. In caso di personale amministrativo o di integrazione sanitaria in questa stanza è prevista anche una possibile formazione di chi vuole fare il facilitatore.

La ripetizione di una stessa simulazione a fini valutativi anche se non costituisce uno scenario realistico, crea i presupposti indispensabili per un approccio valutativo.

È bene avere chiaro che in ambito valutativo l'uso delle simulazioni va selezionato in contesti specifici che garantiscano la visibilità dell'apprendimento e la sicurezza per il paziente.

Questi sono i contesti nei quali l'uso di modalità ibride (manichino e simulatore) è possibile, come lo è l'apprendimento di determinate abilità pratiche (ad es. dare dei punti a un paziente che si agita)

È compito del laboratorio trovare soluzioni e strumenti appropriati al livello dei discenti e alle richieste didattiche e di apprendimento, collocando le metodologie al livello appropriato (base, avanzato, supervisione/consulenza al ruolo) e cercando, nel tempo soluzioni innovative.

Questo laboratorio lavora come principale riferimento esterno per altre professioni sanitarie o collegate alla sanità ed anche come riferimento, laddove possibile, alla facoltà di medicina e di scienze infermieristiche od altri soggetti istituzionali interessati.

Nell'ambito della formazione specifica in medicina generale, ma anche nella formazione universitaria medica ed infermieristica questo laboratorio produce percorsi formativi didattici clinici interfacciandosi con la domanda.

Laboratorio di simulazione avanzato

Questo laboratorio è quello più strettamente legato all'esperienza portata avanti da Sartori e Valcanover dal 2006 in poi, sia nella scuola di Trento, sia in corsi di formazione tutor per la medicina generale e per la continuità assistenziale e che, dal 2008 al 2018, hanno interessato quasi tutte le regioni italiane in collaborazione con società scientifiche della medicina generale ma anche con istituzioni deputate alla formazione, aziende sanitarie ed ordini professionali.

In questo contesto si è creato un gruppo scelto di simulatori che orma ha più di 20 anni di esperienza didattica in diversi contenuti, non ultimo quello internazionale e che si è cimentato anche con simulazioni in lingua inglese.

(approfondimenti sul sito www.clipslab.org)

Questo tipo di simulazione entra maggiormente in merito agli aspetti dei vissuti (e non solo dei comportamenti) e si giova di vari approcci metodologici.

I simulatori e i facilitatori coinvolti devono essere esperti, nel senso di aver fatto anche un percorso di pratica guidata da un supervisore esperto.

Un approfondimento sul metodo sviluppato da Valcanover e Sartori si trova sul sito CLIPSLAB.IT ([METODOLOGIA SIMULATO SARTORI VALCANOVER.pdf](http://www.clipslab.org)).

Consulenza al ruolo e supervisione

La consulenza al ruolo è una supervisione su una situazione clinica problematica che sta succedendo o è accaduta ad un singolo professionista o ad un gruppo di lavoro con incorporate problematica anche relazionali, sociali e psicologiche.

Assomiglia alle simulazioni “in situ” di ambito ospedaliero anche se non avviene in contemporanea con i fatti che accadono.

Necessita di competenze avanzate sia dei facilitatori che dei simulatori.

In particolare, i facilitatori devono avere oltre competenze cliniche e formative anche competenze psicologiche e capacità di gestire gruppi.

Un esempio di consulenza al ruolo è la messa in scena della simulazione Guglielmo, ospite di una casa-famiglia.

[\(Link storia di Guglielmo\)](#)

Reclutamento e creazione del gruppo simulatori, formazione continua dei simulatori

In una prima fase non vengono utilizzati attori professionisti, per vari motivi sia di ordine economico che concettuale. In ogni caso questo aspetto va discusso quando il gruppo è attivo e funzionante.

La formazione dei simulatori deve essere ampia, dalla capacità di recita fedele laddove ci sia bisogno di risposte strutturate soprattutto quando c'è una necessità valutativa o su specifiche skills cliniche e/o di comunicazione, fino alla formazione come “voce del paziente”, che di fatto sollecita risposte a tutto campo del professionista coinvolto, spaziando dai disturbi e malattie di cui soffre, fino ad esprimere i propri bisogni espressivi e relazionali.

La formazione base approfondisce soprattutto aspetti tecnici e di presenza affinché il simulatore sia in grado di mantenere le stesse risposte (che devono essere precise) per più consultazioni, sacrificando in parte la propria soggettività. Questa pratica è comunque indispensabile affinché il simulatore faccia poi una preparazione più avanzata basata anche sulle proprie competenze e la propria soggettività.

La formazione avanzata si pone l'obiettivo affinché il simulatore sia “la voce del paziente” e valorizzi anche la propria soggettività: questa formazione è indispensabile nelle consulenze al ruolo, in consultazioni difficili per la forte presenza di problemi sociali, familiari e parentali, psichici, per la presenza di altri attori territoriali coinvolti, e nelle consultazioni domiciliari oltre che in tutte quelle simulazioni complesse che prevedono la partecipazione di più figure e professionalità.

Sartori e Valcanover hanno preparato assieme ai loro simulatori anziani una traccia metodologica sui criteri di selezione, sulle competenze base ed avanzate ed anche sul percorso formativo, che costituiranno materiale di lavoro del gruppo di base prima e poi del gruppo di lavoro del laboratorio.

Un colloquio iniziale, condotto con criteri ben precisi, costituisce la prima fase di reclutamento. Il percorso formativo dovrà essere soprattutto esperenziale e guidato dai simulatori esperti.

Reclutamento e creazione del gruppo facilitatori (conduttori di simulazione), manutenzione del gruppo

Con il termine “facilitatore” intendiamo chi materialmente in aula conduce la simulazione, gestisce i tempi, coordina altre figure che sono presenti in campo e conduce l'intervista finale a chi ha effettuato la simulazione e conduce l'eventuale discussione di approfondimento. Il termine facilitatore è molto usato in ambito internazionale perché spesso conducevano le simulazioni (di base) gli stessi simulatori o professionisti che provenivano da altre discipline non strettamente mediche: pedagogisti, psicologi, ecc.

In situazioni avanzate o laddove necessario il facilitatore può essere affiancato da altri facilitatori (di solito uno), che hanno un altro sguardo e possono raccogliere frasi o spunti ed eventualmente raccogliere la narrazione della simulazione su slide od altri supporti.

Come detto, in campo internazionale, soprattutto in situazioni strutturate, i facilitatori sono spesso dei simulatori esperti che conducono la simulazione e interagiscono con chi è coinvolto, presidiando il raggiungimento degli obiettivi didattici.

Per avere buoni facilitatori è indispensabile avere come criterio principale la “vocazionalità” e la curiosità verso la formazione, possibilmente con esperienza di diversi indirizzi culturali e scientifici.

In ogni caso anche il percorso formativo dei facilitatori sarà prioritariamente su base esperenziale.

Note su supporti tecnologici, setting di simulazione ed altri aspetti organizzativi

Va presa in considerazione l'ipotesi di creare un video archivio di quanto fatto, non solo ai fini di documentazione, ma anche ai fini di ricerca e didattica. Questo ipotizza la presenza (non sempre) di un tecnico di riprese e montaggi, oltre che a tecnologie che permettano riprese e gestione dei video

Lo standard ideale di base sarebbe comunque quello della possibilità di effettuare riprese in un contesto specifico con partecipazioni dei discenti in altro luogo in cui viene proiettato il lavoro in tempo reale.

Anche la consultazione e la visita devono poter utilizzare una ambiente dedicato (studio medico o area aperta per creare studi o ambienti domiciliari o residenziali) con la possibilità di riprese a circuito chiuso, laddove in un'altra aula i partecipanti assistono alla/e consultazioni.

In contesti particolari si possono usare ampi spazi, permettendo ai discenti di partecipare come in un teatro all'aperto.

GUIDA AI COSTI nel caso di costruzione ex novo di un laboratorio

Escludendo il periodo di implementazione e i costi di implementazione, in un laboratorio standard minimo a regime (la grandezza e i costi dipendono anche dal target), i costi ipotizzabili sono:

Compensi al responsabile e ai membri in organico al laboratorio come gruppo di lavoro continuo: possono essere basati su obiettivi o su impegno orario.

Compensi ai facilitatori: vanno distinti a seconda delle competenze acquisite e del curriculum e del grado di preparazione. Se sono in apprendimento ci si può limitare eventualmente solo ad un rimborso spese

Compensi ai simulatori: va fatta una distinzione tra esperti, ordinari e in formazione.

A quelli in formazione fino a quando non diventano ordinari vanno solo rimborsate le spese di viaggio. Per gli altri il minimo è 15 euro ora, fino ad un massimo di 25-30 se fanno anche formazione.

Costo di allestimento di una struttura: ambulatorio o sala simulazione molto grande se si lavora in presenza dei discenti, un po' meno grande ma con altra aula dove si può fare ambulatorio o altre strutture, in questo caso con riprese a circuito chiuso

Eventuale tecnico di regia e di montaggio video

Alcune ore al mese di personale segretariale.

Manichini ed altri device a bassa tecnologia per didattica

Questi ultimi costituiscono di solito il maggior costo di un centro di simulazione, ma possono avvalersi di sponsorizzazioni dei produttori di device.

I costi possono essere contenuti qualora si decida di creare solo una o due stanze e di limitare il numero di simulatori e facilitatori.

NOTA FINALE

Questo progetto delinea una struttura che viene creata ex novo.

CLIPSLAB-IT può anche creare percorsi personalizzati solo per laboratori avanzati e base per la formazione di simulatori e/o facilitatori

È utilizzabile in contesti dove già si lavora con le simulazioni, di privilegiare il percorso esperienziale e quindi di formazione e consulenza durante l'azione, magari preceduti da un brevissimo corso teorico di inquadramento.

INDICE

Premessa, definizioni e riferimenti bibliografici	pg. 1
Obiettivi	pg.2
Struttura del laboratorio	pg.3
- La squadra di lavoro di base	pg.3
- Laboratorio di simulazione base	pg.4
- Laboratorio di simulazione avanzato	pg.4
- Consulenza al ruolo e supervisione	pg.5
- Reclutamento e formazione del gruppo di simulatori	pg.5
- Reclutamento e formazione dei facilitatori	pg.5
Note sui supporti tecnologici ed altri aspetti organizzativi	pg.6
Guida ai costi in caso di costruzione del laboratorio	pg.6
Indice	pg.7