

Simulazioni e paziente simulato: un approccio olistico

Presentato al XVI Congresso SIPEM (Società Italiana di Pedagogia Medica) a Garda (Vr) il 14-17 novembre 2012

Fabrizio Valcanover (fabrizio.valcanover@yahoo.it)
Norma Sartori (normasartori@tiscali.it)
MMG Docenti, Csemeg, Trento, Italy

Alcune caratteristiche del lavoro del medico di medicina generale difficili da insegnare perché non sono semplici abilità

- Il senso e la pratica dell'approccio olistico
- Consapevolezza che le emozioni interferiscono con il processo di diagnosi e cura
- Turbolenza del contesto
- Frequenti situazioni di incertezza
- Centralità relazionale
- Comprensione del senso dei vissuti del paziente
- Costruzione del ruolo professionale
- Gestire contemporaneamente più punti di vista, patologie ed infermità



La simulazione come la storia di una sofferenza

A number of studies by educationalists have begun to throw light on the process by which clinical expertise accumulates. We start by learning detailed 'rules' about the cause, course and treatment of each condition. As we gain knowledge we convert these rules to stereotypical stories (scripts). We refine our knowledge by accumulating atypical and alternative stories via experience and the oral tradition (such as grand rounds, 'corridor consultation' and so on). Furthermore, there is growing evidence that clinical knowledge is stored in our memory as stories rather as structured collections of abstracted facts.

T. Greenhalgh BJGP 2002, 52, 395-400

La simulazione come voce del paziente



Il nostro feedback collettivo.

(Dopo una sessione di simulazione su asma/bpco: "Oggi ho imparato che")

Alla conclusione della sessione d'aula tutti i partecipanti (discenti, docenti, pazienti simulati e ospiti) scrivono una breve considerazione su cosa hanno imparato

- L'importanza di ragionare a posteriori anche su consultazioni apparentemente perfette.
- 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
- Prestare attenzione ai problemi di linguaggio condiviso; il paziente non sempre racconta le sue paure
- 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
- La condivisione del percorso diagnostico e terapeutico
- Utile la spirometria
- Rimarginare non è poi così sbagliato sia per il medico che per il paziente
- 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
- Non sempre e /o non solo il farmaco cura, è il medico che dovrebbe saper gestire il paziente
- 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
- 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
- Far certo che sia il medico che il paziente parlano della stessa cosa(es asma = dare spiegazione definizione del termine)
- Comunicare al paziente un dubbio clinico, non allarmare, ascoltare il pz (agenda paziente), porsi un obiettivo
- 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)

Approccio olistico

- Olistismo come sommatoria degli aspetti biopsicosociali dell'individuo?
- Olistismo come emergenza degli aspetti biopsicosociali che mescolandosi ed interagendo determinano l'unicità dell'essere umano?

Holism (J.C. Smuts 1926)

The tendency in nature to form wholes that are greater than the sum of the parts through creative evolution.

Il paziente simulato tra teoria e pratica

... the simulated patient can occupy an intermediate position between texts, lectures, protocols, slides, and movie films on the one hand and a real patient on the other.

H.S. Barrows - Simulated patient in medical teaching, C. M.A. J. Apr 6, 1968, vol 98: 674-676

Paziente strutturato e paziente simulato

To differentiate between the two it is useful to think of the simulated patient as one where the emphasis really is on *simulation* (presenting the symptoms and signs of an actual patient), whereas, with a standardized patient, the emphasis is on consistency, on standardization of the simulation process (Norman et al. 1982).



Il nostro punto di vista dopo 10 anni di esperienza, 400 ore di simulazioni in diversi ambiti

Abbiamo sviluppato una tecnica di utilizzo del paziente simulato, sia come didattica che come consulenza di ruolo, con tutta l'aula presente e rivolta alla creazione anche di una capacità collaborativa di gruppo come richiesto attualmente ai professionisti (non solo medici)



- L'insegnamento separato di abilità cliniche, relazionali e gestionali, può tradursi in una separazione, nella pratica, perché l'approccio olistico, non è la somma algebrica di competenze relazionali, cliniche e di capacità gestionali.
- Il Paziente Simulato consente un approccio olistico, perché il discente si trova di fronte al paziente con i suoi problemi clinici, ma deve contemporaneamente essere in grado di comunicare con il paziente e di gestirne i problemi sociali e clinici
- In ogni scena può prevalere l'apprendimento di competenze relazionali o cliniche o organizzative a seconda degli obiettivi che ci si pongono
- Il discente può sbagliare ma ha poi la possibilità di ripetere la scena.
- Solo con il Paziente Simulato è possibile avere un feed-back sulle emozioni (paure, preoccupazioni, accoglienza ecc...) che il paziente ha vissuto.
- Con questo metodo possiamo lavorare sulla consapevolezza delle emozioni del medico e del paziente contemporaneamente
- Il Paziente Simulato è un metodo di insegnamento che ci permette di dedurre la teoria dalla pratica e nello stesso tempo di coniugare il pensiero teorico con la realtà e che può anche essere applicato ai medici esperti ed ai team per consulenza di ruolo

La nostra metodologia

- Il canovaccio viene costruito a partire da un caso reale
- Si discute la storia con il gruppo di pazienti simulati
- Il pazienti simulati hanno un certo grado di libertà di interpretare il canovaccio
- La consultazione simulata dura 10 minuti
- Discenti e docenti assistono in silenzio alla consultazione e successivamente avviene la discussione alla quale ognuno può intervenire
- Subito dopo la recita, prima il paziente e poi il medico verbalizzano le proprie emozioni, vissuti e percezioni
- La discussione riguarda sia gli aspetti clinici, relazionali e tutti gli altri aspetti che sono emersi durante la consultazione
- I tirocinanti, con questa metodologia, possono sperimentare che la clinica, gli aspetti sociali, organizzativi e antropologici non sono separati nelle consultazioni, ma vengono espressi contemporaneamente
- Vogliamo che le emozioni, gli affetti e i sentimenti siano normalmente espressi e che divengano materiali per la discussione e l'apprendimento, come tutti gli aspetti clinici, sociali e antropologici
- In alcune simulazioni usiamo strumenti e piccola tecnologia (ad esempio, misuratore di picco di flusso espiratorio) e le cartelle cliniche