

## Un laboratorio sullo sviluppo delle competenze relazionali realizzato con la partecipazione del paziente esperto: la soddisfazione e l'apprendimento percepito dagli studenti e l'efficacia formativa in uno studio pilota

*A laboratory on the development of relationship skills realized with the participation of the expert patient: the satisfaction and perceived learning by the students and the educational effectiveness in a pilot study*

PATRIZIA MASSARIELLO<sup>1</sup>, CRISTINA BUTTÒ<sup>1</sup>, LORENZA GARRINO<sup>2</sup>, VALERIO DIMONTE<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Master di Modelli e metodi della tutorship nella formazione e sviluppo delle professioni Infermieristiche e Ostetrica, Università di Torino

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

**Premessa.** I laboratori sulle abilità comunicative risultano essere una pratica molto utile nella formazione degli studenti infermieri per sviluppare il livello di competenza relazionale. L'obiettivo di questo studio pilota è di valutare la soddisfazione e l'apprendimento percepiti da parte degli studenti e l'efficacia formativa in seguito all'impiego del paziente esperto nei laboratori di formazione alla relazione d'aiuto. **Materiali e metodi.** È stato condotto uno studio pilota di tipo descrittivo presso il Corso di laurea in infermieristica, su un campione di otto studenti sottoposti a una prova relazionale con un paziente esperto e con un paziente simulato, che hanno fornito un *feedback* sulle prestazioni relazionali nelle due differenti sessioni di simulazione. Le performance degli studenti sono state valutate attraverso una griglia di osservazione per poi essere comparate fra loro. Al termine dell'intera sessione di laboratorio gli studenti hanno compilato un questionario in grado di misurare l'apprendimento percepito e la soddisfazione. **Risultati.** Gli studenti hanno considerato la simulazione con il paziente esperto come un intervento personalizzato realmente efficace ai fini formativi. Dai dati raccolti non risultano essersi verificate variazioni prestazionali significative tra le performance agite dagli studenti nelle due tipologie di prove. Il valore aggiunto all'esperienza è risultato essere il *feedback* del paziente esperto sulle performance degli studenti, che li ha resi consapevoli degli errori verificatisi durante la prestazione, rinforzando le competenze fin lì acquisite. **Conclusioni.** Questo studio pone in evidenza come il *feedback* di restituzione da parte del paziente esperto è risultato essere il valore aggiunto dell'esperienza. Dallo studio non risultano differenze significative tra le performance agite dagli studenti in presenza del paziente esperto piuttosto che con il paziente simulato. Lo studio successivo dovrà chiarire le modalità di selezione e formazione del paziente esperto.

Indirizzo per la corrispondenza  
Address for correspondence

Lorenza Garrino  
Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche  
Università di Torino  
Via Santena 5 bis, 10126 Torino  
e-mail: lorenza.garrino@unito.it

**Parole chiave:** Competenze relazionali, studenti infermieri, paziente esperto, paziente simulato

*Introduction.* The Communication Skills Laboratory is a useful experience during the nursing students' formation to develop a relational level of competence. The goal of this experimental study is to evaluate students' perceived levels of satisfaction as well as learning and educational effectiveness following the expert patient's application in supportive relationship educational laboratories. *Methods.* A descriptive pilot study was carried out at the Nursing Degree Course at the University of Turin, on a sample of eight students who underwent a relationship test with an expert patient and a simulated one. A feedback on students' relationship performances was obtained from both patients during two different simulated situations.

Each student's performances was evaluated by an observation grid and they were then compared. At the end of the laboratory session students filled in a questionnaire on the level of learning and satisfaction perceived by nursing students.

**Results.** Students considered the simulation with the expert patient to be truly effective from an educational point of view. Data showed no significant performance changes in the two different students' relationship experiences. The expert patient's feedback on students' performances added value to the test. Not only did this outcome make students aware of their mistakes during the procedures but it also sharpened the skills so far achieved.

**Conclusions.** This study highlights how the expert patient's feedback was of great value to the experience. No significant differences between the two types of practices were found and no enhancement was reported by students from the relational point of view. A future study should clarify how to select and educate the expert patient before participating in a similar new experience.

**Key words:** Relationship skills, nursing students, expert patient, simulated patient

## Introduzione

La competenza relazionale è considerata come un elemento portante e trasversale della professionalità dell'infermiere. Il sistema formativo del corso di Laurea in infermieristica di Torino ha orientato la formazione alle capacità relazionali intorno a un insieme di obiettivi strutturati in un sistema integrato di competenze grammaticali, competenze pragmatiche e di metacompetenze. L'orizzonte teorico in cui si muove questo approccio è quello tipicamente rogersiano con forti riferimenti psicodinamici (Rogers, 1962; Carkhuff, 1987; Blandino, 1996; Quaglino, 1992) Le competenze grammaticali costituiscono il sistema di regole in grado di generare un'azione professionale efficace, in cui si esplicano le competenze pragmatiche, ovvero la capacità di applicazione, modulazione e adattamento delle competenze grammaticali nella prassi lavorativa. È proprio in questo contesto che diventa cruciale il ruolo che svolgono le informazioni derivanti dalla conoscenza delle circostanze e delle credenze personali degli attori della scena di cura. Le metacompetenze riguardano lo sviluppo della capacità di riflettere su di sé, sulla propria motivazione e rappresentazione della professione infermieristica sul proprio modo di entrare in relazione con i pazienti e con i colleghi, di riflettere sui propri errori e sull'efficacia delle proprie azioni, generando un processo di sviluppo personale e professionale fondato sulla capacità di apprendere dall'esperienza. Tale processo di apprendimento prevede dunque che lo sviluppo della capacità relazionale si generi grazie a un lavoro integrato tra l'acquisizione di abilità (competenze grammaticali), la loro applicazione e modulazione nella pratica dei contesti di lavoro (competenze pragmatiche) e il lavoro emotivo connesso all'apprendimento dall'esperienza, considerando come elementi cruciali la relazione con i formatori e con l'organizzazione della formazione (Blandino, 1995). Le capacità relazionali implicate nello sviluppo della

relazione d'aiuto risultano essere quindi piuttosto complesse da acquisire, poiché nascono dallo sviluppo e dall'integrazione di abilità comunicative di base, di etica della cura e di elementi affettivi profondi. L'idea stessa di cura costituisce una variabile critica in grado di modificare l'asse della comunicazione. A seconda che il paziente ("colui che soffre" – da *pator* – e che si trova nella posizione di chiedere aiuto) sia considerato un soggetto attivo o, se al contrario egli è inteso come oggetto passivo degli interventi terapeutici decisi da chi è portatore della conoscenza allora cambia il modo di avvicinarsi e di pensare la relazione (Foucault, 1969). Negli ultimi decenni i pazienti hanno assunto un ruolo sempre più forte all'interno dei sistemi sanitari soprattutto in termini di autodeterminazione e di contrattazione della propria salute nel processo di cura, ma anche di conoscenza dei sistemi stessi. Ciò ha prodotto alcuni effetti anche sul mondo della formazione clinica accademica delle professioni mediche e sanitarie in genere (Wykurz e Kelly, 2002; Wilson 2003; Ottewill, 2006; O'Neill, et al., 2006) costringendo innanzi tutto a rivedere l'idea di persona ammalata e l'idea di relazione del curante con essa. I pazienti sono i soggetti supposti a sapere meglio di tutti ciò che è bene per loro stessi. In questa pacifica "rivoluzione" essi stanno assumendo in modo progressivo un ruolo di protagonismo venendo coinvolti all'interno dei processi formativi stessi, con la finalità di ridurre il gap esistente tra teoria e realtà, consentendo agli studenti coinvolti nel processo educativo di rendere più tangibili e concreti gli obiettivi sia didattico-formativi che relazionali.

I corsi di laurea delle professioni sanitarie si sono storicamente avvalsi del coinvolgimento del paziente simulato nelle pratiche formative per favorire l'apprendimento di capacità tecniche o relazionali, per l'acquisizione di competenze professionali standardizzabili oppure che necessitano di un reale contributo comunicativo-relazionale per connotarle di vera efficacia. La definizione di paziente simulato (o standardiz-

zato) nasce negli anni '60 per opera del medico statunitense Howard Barrows con questo termine egli si riferiva a un individuo appositamente addestrato a simulare una condizione, un sintomo o uno scenario di cura in maniera sistematica, standardizzata e convenzionale. In letteratura emergono diverse figure che interpretano il ruolo del paziente in ambito formativo: il paziente attore, il paziente simulatore, il paziente standardizzato e il paziente addestrato (Tabella I: Gaba, 2004; Decker et al., 2006; Keltner, 2011).

**Tabella I.**  
*Definizioni delle tipologie di pazienti utilizzati in formazione.*

<i>Termine</i>	<i>Definizione</i>
Paziente simulatore (Gaba, 2004)	Individuo che riproduce situazioni cliniche realistiche, procedure standardizzate e convenzionali derivanti dalla pratica reale
Paziente standardizzato (Decker et al., 2006)	Individuo che, per vissuto pregresso o coesistente di malattia oppure per capacità di autocura raggiunti, si offre volontariamente o sotto remunerazione a interpretare ruoli, mettere a disposizione la propria conoscenza o vissuto personale oppure guidare i discenti all'esecuzione di atti specifici
Paziente attore (Keltner, 2011)	Soggetto che recita, interpreta o realizza alcune peculiarità o ruoli attraverso manierismi tipici e avvalendosi della comunicazione sia verbale che non verbale, in via remunerata o gratuita
Paziente addestrato (Keltner, 2011)	Individuo che, a seguito di un corso preparatorio possiede la conoscenza e le abilità per mettere in atto ruoli, comportamenti, procedure e simulazioni specifici rispetto al mandato richiesto

Sulla scena della formazione esiste un approccio che si avvale del paziente reale, ovvero né attore e né simulatore, ma detto "esperto", viene così denominato per il vissuto di accettazione della malattia e per il buon livello di autocura raggiunto. L'utilizzo del paziente esperto come formatore rappresenta una realtà concreta e tangibile degli ultimi decenni. I dati relativi ad alcuni studi sperimentali sono supportati da risultati positivi, soprattutto in termini di gradimento da parte degli studenti coinvolti nelle sperimentazioni e incoraggianti per il proseguimento dell'esperienza. Il contatto diretto con il paziente, la possibilità mettere in atto una comunicazione reale e di aumentare i livelli di competenza relazionali, sono gli elementi che caratterizzano tale pratica educativa e in ciò risiede dunque l'esclusività del contributo che il paziente esperto è in grado di offrire. Se i livelli di soddisfazione da parte degli studenti in termini di crescita formativa risultano essere chiari e misurabili, non sembra così essere invece per i criteri di scelta e selezione del paziente esperto. Rimangono infatti tutt'ora aperte e lacunose le domande rispetto ai sistemi di reclutamento a livello accademico del paziente esperto, se debba essere in possesso di particolari competenze pedagogico-

educative e se l'aspetto remunerativo possa o meno incidere sui livelli di performance attesi durante i laboratori. Uno studio riporta l'uso del paziente esperto durante la didattica frontale rivolta agli studenti infermieri, in cui tre pazienti hanno tenuto una lezione sulle patologie da cui erano affetti, sotto la supervisione di un formatore clinico accademico (Costello e Horne, 2001). Uno studio analogo è stato condotto nell'ambito della formazione rivolta ai fisioterapisti, che, dopo una lezione sui contenuti fisiopatologici da parte di due pazienti affetti da ictus ischemico, hanno poi sperimentato con gli stessi e in maniera pratica alcuni aspetti relativi alla mobilitazione di pazienti affetti da deficit fisici di tipo neurologico (Wilson, 2003). È interessante anche l'esempio delle sessioni didattiche finalizzate all'acquisizione di competenze tecnico-gestuali e alla comunicazione riguardante l'esecuzione sia dell'esame obiettivo fisico generale, che nello specifico, della zona pelvica maschile, nonché una dedicata all'esame fisico dell'apparato muscolo-scheletrico dove è impiegato il paziente esperto (Spencer et al., 2000).

La letteratura riguardante il coinvolgimento del paziente esperto nella formazione alla relazione d'aiuto è molto scarsa e con il costante rimando alla necessità di ulteriori approfondimenti.

In uno studio centrato sull'acquisizione di competenze comunicativo-relazionali di studenti medici specializzandi in medicina di famiglia gli studenti sono stati sottoposti a colloqui individuali volti all'apprendimento dell'indagine anamnestica di pazienti portatori di disabilità, come l'ipocusia severa o gravemente ipovedenti (Wilson, 2003). Gli specializzandi si sono anche volontariamente sottoposti ad alcune alterazioni del sensorio, al fine di comprendere meglio la condizione del paziente e poi rendere maggiormente empatico il rapporto con esso. Gli studenti coinvolti negli studi riferiscono quanto la partecipazione del paziente esperto abbia migliorato non solo le loro prestazioni, ma anche le competenze comunicativo-relazionali necessarie allo svolgimento delle rispettive professioni (Spencer et al., 2000; Costello e Horne, 2001; Wykurz e Kelly, 2002; Wilson, 2003). L'aspetto saliente più comunemente riportato dai commenti degli studenti coinvolti in questi studi, riguarda la restituzione del *feedback* da parte dei pazienti esperti sulle proprie performance: il *feedback*, infatti, risulterebbe essere il vero valore aggiunto dell'esperienza, ovvero ciò che renderebbe vera l'esperienza, e che la connoterebbe di reale concretezza e tangibilità, in quanto vissuta in maniera diretta, sviluppando così i termini educativi dell'autoapprendimento. Il *feedback* costruttivo rimanda alle prestazioni effettuate, al fine di modificare comportamenti o aspetti comunicativi verbali e non, oppure ad aumentare le proprie competenze e attitudini relazionali in ambito professionale. Questo tipo di setting aumenta la riflessività nello studente, in particolare lo interroga rispetto alla capacità decisionale del paziente nel processo di cura, in quanto reale protagonista del processo e poiché in grado di apprendere e dunque

di aumentare i livelli di conoscenza e consapevolezza del proprio stato di salute (Spencer et al., 2000; Wykurz e Kelly, 2002). Gli studenti stessi, infatti, a seguito delle esperienze condotte, avrebbero sviluppato una sorta di riconoscimento del ruolo del paziente, sviluppando alcuni valori psicosociali e modificando la concezione stessa del rapporto tra curante e curato (Spencer et al., 2000). Per quanto concerne invece i meccanismi di comprensione del valore aggiunto dell'uso del paziente esperto rispetto alla formazione tradizionale, la letteratura riferisce che la buona riuscita di queste sperimentazioni dipenderebbe da tre fattori, quali l'abilità di conduzione del supervisore dell'esperienza, dal livello di cooperazione del paziente esperto all'aderenza della metodologia formativa accademica propria del corso di laurea, nonché la libera volontà di partecipazione dello studente all'esperienza (Costello e Horne, 2001). Il coinvolgimento appropriato del paziente esperto, la condivisione della filosofia formativa e l'acquisizione di minime competenze pedagogiche e didattiche da parte del paziente esperto, risulterebbero essere cruciali secondo la letteratura per assicurare l'effettiva riuscita dell'esperienza (Wykurz e Kelly, 2002). Altri pareri di esperti riportano poi che per trarre veri benefici, il paziente esperto dovrebbe essere non solo formato all'esperienza, ma anche supervisionato durante la partecipazione e remunerato al termine della stessa: a tal proposito, seppur non siano presenti evidenze a riguardo che ne rafforzino la veridicità, un elemento unanime presente nella produzione scientifica in merito agli aspetti positivi dell'implementazione del paziente esperto sarebbe dato dal fatto che gli studenti possono sperimentarsi in un'esperienza reale ma tuttavia protetta, poiché sviluppata in un setting pedagogico accademico sperimentabile tanto a livello pratico quanto relazionale, e che dunque difficilmente archerebbe danni sul piano delle competenze agite o sugli aspetti comunicativi ed emotivi (Costello e Horne, 2001). L'aspetto lacunoso e tutt'ora poco indagato dalla letteratura risulta tuttavia essere la modalità di reclutamento dei pazienti esperti. Le evidenze riferiscono infatti in maniera unanime che il processo di selezione debba essere chiaro e pubblico, in quanto la scelta dovrebbe essere rappresentativa delle caratteristiche eterogenee proprie della popolazione. Si può quindi affermare che l'uso del paziente esperto nella formazione accademica sia una pratica efficace secondo il percepito dagli studenti in termini di miglioramento delle competenze comunicativo relazionali, se è previsto un *feedback* da parte del paziente. Questo risulta infatti essere l'aspetto educativo che gli studenti percepiscono come realmente utile in termini di guadagno formativo, in quanto visto come strumento di effettiva copertura del gap esistente tra teoria e pratica.

Il corso di laurea in infermieristica di Torino si è molto interrogato rispetto alla complessità rappresentata dalla difficile integrazione tra l'esperienza d'aula e quella della realtà assistenziale. La scelta di lavorare sulla formazione

alla relazione d'aiuto seguendo un approccio multimodale esponendo lo studente a diverse pratiche formative, ovvero attraverso l'attività d'aula, l'attività dei laboratori e l'attività clinica nel tirocinio, vuole tentare di ridurre il più possibile questa distanza. In particolare l'attenzione è stata rivolta ai componenti della *faculty* che vengono costantemente formati rispetto agli obiettivi generali e alle metodologie, al fine di rendere il più possibile coerente l'approccio teorico-pratico. In particolare la formazione dei tutor clinici che seguono la formazione sul campo, si presenta come snodo critico. Lo studente viene preparato sui contenuti teorici fondamentali in aula e si sperimenta in laboratorio. I laboratori relazionali sino a oggi, pur utilizzando metodologie attive (*role playing*, simulazioni, discussione casi) non hanno ancora utilizzato il paziente esperto. È necessario allora testare, con uno studio pilota, la soddisfazione e l'apprendimento percepiti da parte degli studenti e l'efficacia formativa di un intervento formativo che utilizzi il paziente esperto nella formazione alla relazione d'aiuto.

## Materiali e metodi

### *Disegno della ricerca*

Si tratta di uno studio pilota di tipo descrittivo. Sono stati valutati la soddisfazione e l'apprendimento percepiti. Per valutare l'efficacia formativa un gruppo di studenti volontari è stato esposto a una situazione relazionale con paziente simulato, che al termine ha restituito un commento individuale; successivamente gli studenti sono stati esposti alla stessa situazione simulata con paziente simulato formato. Entrambe le performance sono state valutate e gli esiti sono stati confrontati per evidenziare l'efficacia formativa.

### *Obiettivo*

Valutare la soddisfazione e l'apprendimento percepiti da parte degli studenti e l'efficacia formativa in seguito all'impiego del paziente esperto nei laboratori di formazione alla relazione d'aiuto.

### *Campione*

Un campione propositivo costituito da un gruppo di otto studenti frequentanti il secondo anno del corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Torino, che hanno aderito in modo volontario. Gli studenti infermieri erano già in possesso dei contenuti didattici e delle competenze relazionali minime in quanto avevano già affrontato tre esperienze di tirocinio clinico e frequentato sia i corsi teorici che i laboratori dedicati alla relazione d'aiuto. Al fine di non incrementare i livelli di stress emotivo del paziente esperto, vista la ripetitività della sperimentazione, sono state previste due sessioni.

## Metodologia della sperimentazione

La sperimentazione ha previsto il suo svolgimento in tre fasi distinte:

- fase 1: esposizione degli studenti alla situazione relazionale con la collaborazione del paziente esperto e restituzione del *feedback* agli studenti da parte del paziente; l'esperienza è stata videoregistrata e valutata;
- fase 2: dopo 1 settimana esposizione degli studenti alla stessa situazione relazionale e dello stesso setting precedente con l'utilizzo del paziente simulatore: la proposta dello stesso setting è avvenuto a loro insaputa; l'esperienza è stata videoregistrata e valutata. Gli studenti hanno compilato il questionario di valutazione della soddisfazione e dell'apprendimento percepito;
- fase 3: analisi delle griglie di valutazione delle performance degli studenti e dei loro questionari di soddisfazione dell'esperienza, con relativa comparazione dei dati reperiti, analisi e commento delle videoregistrazioni insieme al paziente esperto in ordine alla caratteristica delle interazioni (in particolare rispetto a durata, ricorrenza dei contenuti e prossemica).

Per la valutazione dell'apprendimento si è fatto riferimento alla scala di Kirkpatrick (Kirkpatrick, 1998) per quanto attiene i primi due livelli: reazioni dei partecipanti e valutazione dell'apprendimento.

## Il paziente esperto

Il reclutamento del paziente esperto è stato su base volontaria: la scelta ha riguardato un soggetto che già aveva aderito ad altri progetti nell'ambito della collaborazione alle attività didattiche elettive. Il paziente, affetto da molti anni da paraplegia, non è stato sottoposto a un training formativo, ma gli sono stati resi noti gli obiettivi della sperimentazione, le modalità di svolgimento dell'attività di laboratorio con relativo approfondimento sulla scopo del lavoro, nonché i cardini della filosofia formativa della relazione d'aiuto scelta dal corso di laurea di Torino.

Dal punto di vista etico, il paziente esperto è stato presentato agli studenti all'inizio della prima sessione di laboratorio, in cui è stata resa nota la situazione clinica pregressa e attuale del paziente e il motivo fisiopatologico responsabile della disabilità fisica.

## Il paziente simulatore

Anche la scelta del paziente simulatore è stata su base volontaristica, alla quale ha aderito un docente formatore del progetto alla relazione d'aiuto.

## La situazione relazionale

La situazione relazionale scelta come setting dello studio è stata elaborata col paziente che ha individuato nella sua storia di malattia un evento ritenuto adatto al raggiungimento degli obiettivi formativi (Tab. II).

**Tabella II.**  
*Situazione relazionale.*

In contesto ospedaliero dove, al termine di un colloquio con un medico durante il quale era stato comunicato il fallimento dell'intervento chirurgico effettuato sulla colonna vertebrale, si scatena una crisi di pianto. L'infermiere di turno nella situazione ricordata aveva minimizzato banalizzando le emozioni di scoraggiamento, disperazione e tristezza. Il paziente ha scelto di "rigiocare" questa scena a partire dall'uscita dalla stanza del medico e dall'esplosione del pianto. Il mandato rivolto agli studenti è stato quello di esplorare le paure, le preoccupazioni e le ansie della persona assistita relative al colloquio tenuto con il medico, a seguito della crisi di pianto

## Gli strumenti di valutazione

Un questionario di valutazione (Tab. III), orientato a esplorare il gradimento dell'esperienza e la qualità di apprendimento percepito da parte degli studenti è stato tratto da uno studio dedicato alla partecipazione del paziente esperto formazione di studenti infermieri al primo anno accademico (Costello e Horne, 2001).

Un questionario di valutazione orientato a esplorare il gradimento dell'esperienza e la qualità di apprendimento percepito da parte degli studenti (Tab. III).

**Tabella III.**  
*Questionario di valutazione del gradimento e dell'apprendimento percepito (da Costello e Horne, 2001 modificato).*

Il questionario è composto di sette *items* che indagavano rispettivamente:

- il grado di soddisfazione degli studenti rispetto all'esperienza su scala Likert
- l'aspetto ritenuto maggiormente utile al miglioramento delle proprie competenze relazionali tra l'esperienza con il paziente esperto, il *feedback* di restituzione della propria performance oppure entrambe le variabili
- un commento libero motivante la scelta precedente
- il grado di soddisfazione in termini di guadagno formativo professionale raggiunto rispetto al processo di cura e della presa in carico del paziente su scala Likert
- l'attribuzione di un giudizio personale all'affermazione riguardante l'ipotetico beneficio formativo dello studente rispetto al miglioramento dei livelli di comprensione dei problemi assistenziali del paziente, mediante scala Likert
- un commento personale libero rispetto agli aspetti positivi che l'esperienza con il paziente esperto possa aver apportato sulla formazione personale
- l'eventuale interessamento dello studente a ripetere l'esperienza in altre sessioni di laboratorio dedicati alla relazione d'aiuto

È stata inoltre utilizzata una griglia di valutazione della performance relazionale utilizzata nel corso dei laboratori e dell'esame di tirocinio (Carkhuff, 1987) (Tab. IV).

**Tabella IV.**

*Campi di indagine del questionario di valutazione della soddisfazione (da Costello e Horne, 2001 modificato); criteri di analisi dell'interazione tra studente e paziente (da Carkhuff, 1987 modificato).*

Ogni criterio viene scandito in più indicatori:

- gestione della fase di apertura:
  - saluta
  - si presenta
  - spiega la motivazione della presenza
  - crea il setting
  - introduce il colloquio a partire dai dati osservati
- tipologia della comunicazione verbale e non verbale:
  - mantiene il contatto visivo
  - mantiene una posizione simmetrica del corpo
  - modula il contatto corporeo
  - modula la vicinanza
  - pone domande
  - fornisce risposte
  - dimostra empatia
  - mantiene un atteggiamento rassicurante
- caratteristiche dell'ascolto:
  - ascolta
  - ascolta senza interrompere
  - tollera momenti di silenzio
- gestione della fase di chiusura:
  - chiude l'incontro negoziando una soluzione, chiedere riscontro al paziente su come si sente circa le preoccupazioni espresse, chiedendo conferma sul livello di comprensione delle informazioni

Sono inoltre state utilizzate le videoregistrazioni per analizzare la durata delle interazioni e i contenuti linguistici delle interazioni stesse.

### Metodo di analisi dei dati

L'analisi dei dati reperiti è stata effettuata in due fasi diversificate e secondo la seguente metodologia:

- i risultati delle griglie di osservazione della performance sono stati analizzati per le frequenze assolute e col test esatto di Fisher;
- i questionari relativi al gradimento degli studenti sono stati analizzati in ordine alle frequenze dei valori relativi alle scale Likert e sono stati analizzati i testi relativi alle domande aperte;
- le videoregistrazioni sono state analizzate osservando la durata delle interazioni e i contenuti linguistici delle interazioni stesse.

### Risultati

Per quanto riguarda i dati relativi alla soddisfazione e all'apprendimento percepiti dagli studenti, sono pervenuti otto questionari. Il livello di soddisfazione e dunque di gradimento espresso è stato mediamente di 4,6 su scala a 5 punti. Gli aspetti dell'esperienza giudicati maggiormente utili al miglioramento delle competenze comunicativo-relazionali, sono stati la *feedback* e la simulazione con il paziente per 5

risposte su 8. Gli studenti sottolineano numerosi aspetti che valorizzano la positività di avere un vero paziente sulla scena formativa del laboratorio (Tab. V).

**Tabella V.**

*Soddisfazione degli studenti relativi al miglioramento delle competenze comunicativo relazionali.*

“La simulazione funziona bene per rappresentare il caso in maniera veritiera”, Stud 1

“Il paziente esperto ci obbliga a essere il più reale possibile visto che la sua è un'esperienza realmente vissuta”, Stud 2

“La simulazione è stata utile poiché più reale delle prove relazionali svolte in laboratorio o in sede d'esame”, Stud 3

“L'aver di fronte un vero paziente mi ha aiutato a entrare nella parte dell'operatore senza troppa fatica, in quanto non avevo bisogno di immaginare un'ipotetica patologia, perché quella patologia era realmente davanti a me”, Stud 4

“L'aver interagito con un paziente reale mi ha fatto acquisire un po' più di esperienza”, Stud 5

“Il *feedback* che mi ha reso il paziente esperto mi ha reso più sicura sulle mie modalità di comunicazione”, Stud 7

“Il *feedback* del paziente mi ha fatto capire ciò che ancora devo modificare sul piano relazionale con gli altri pazienti”, Stud 8

In riferimento alla quantificazione dell'apprendimento dall'esperienza, gli studenti hanno espresso un giudizio medio pari a 3,8 su scala da 1 a 5. Un giudizio simile viene accordato al fatto che il laboratorio li avrebbe aiutati a comprendere meglio i problemi assistenziali che il paziente presentava; solo uno studente ritiene che questo tipo di esperienza non sia d'aiuto. Gli studenti hanno espresso in modo concorde benefici percepiti dall'esperienza.

**Tabella VI.**

*Soddisfazione degli studenti relativi alla capacità di aiuto al paziente.*

“Maggior coinvolgimento in una situazione reale simile”, Stud 1

“Il paziente esperto sa cosa ha provato realmente, a differenza del simulatore”, Stud 2

“Mi ha permesso di avere una restituzione della mia performance più vera e reale”, Stud 3

“Mi ha permesso di dare maggior rilievo alle parole usate e alla comunicazione corporea che ho impiegato nella relazione”, Stud 4

“Mi ha aiutato ad acquisire una maggior consapevolezza della mia futura professione”, Stud 5

“Mi ha preparato ad affrontare un'eventuale futura situazione analoga, nonché a comprendere quale sia il punto di vista del paziente che ha provato “sulla propria pelle” l'esperienza di malattia”, Stud 6

“Ho imparato a personalizzare la mia prestazione relazionale a seconda del paziente e della situazione”, Stud 7

“Ho percepito come più veritiere le restituzioni del paziente in quanto “esperto” anche di analisi dei comportamenti da parte degli operatori sanitari in ambito relazionale-comunicativo, rispetto alla restituzione che mi ha voluto dare il paziente simulatore”, Stud 8

La maggior parte degli studenti ha manifestato il proprio interesse a ripetere l'esperienza. Solo uno ha affermato di non avere un'opinione in merito.

Per quanto concerne la valutazione dell'efficacia formativa, il confronto tra il livello di performance degli studenti nella situazione relazionale col paziente esperto (tempo "0") e quello col paziente simulato non evidenzia alcuna correlazione statisticamente significativa (Tab. VII). L'ipotesi che l'esposizione a un'esperienza relazionale controllata e commentata, con paziente esperto, possa significativamente modificare una performance non sembra sostenibile, ma l'analisi delle frequenze ci permette di osservare alcuni interessanti andamenti.

Si evidenzia una riduzione della tolleranza al silenzio tra la prima e la seconda esperienza, mentre l'attenzione alla fase iniziale del colloquio, alla modulazione della vicinanza, ovvero al peso della prossemica nell'interazione.

Si è verificata una diminuzione della capacità di porre domande esplorative che facilitino l'espressione delle preoccupazioni e paure del paziente, mentre durante la seconda prova rimane invariata la competenza ad accogliere problemi e preoccupazioni espressi secondo una modalità empatica, così come la capacità ad assumere un atteggiamento rassicurante. Migliora la capacità di formulare risposte alle richieste esplicite; la capacità di creare un setting relazionale favorente resta immutata e risulta essere una competenza mancata sin dall'inizio dello studio. Infine si verifica un incremento della frequenza dell'indicatore inerente alla capacità di saper chiudere l'incontro chiedendo riscontro al paziente su come si sente circa le preoccupazioni espresse, concordando un'azione o una soluzione futura oppure ancora chiedendo conferma sul livello di comprensione delle informazioni.

La durata delle interazioni videofilmate durante la restituzione dei *feedback* da parte del paziente esperto agli studenti è risultata essere maggiore rispetto a quella delle performance agite durante la scena relazionale (la durata media è infatti di 5 minuti ciascuno, contro i 2 minuti della durata delle performance). Per quanto riguarda il setting relazionale, gli studenti hanno mantenuto una maggiore vicinanza fisica nei confronti del paziente esperto, rispetto a quella agita durante la scena assistenziale. Nel dialogo col paziente esperto le frasi più ricorrenti riguardavano la continua sottolineatura dell'importanza percepita della restituzione che stava avvenendo in quel momento descritta come: reale apprendimento; strumento utile per la riduzione dei livelli di ansia connessa con la performance; strumento critico di revisione delle proprie competenze comunicativo-relazionali; spazio per l'acquisizione di maggior fiducia rispetto alle proprie capacità relazionali.

## Discussione

Dai risultati relativi alla soddisfazione degli studenti sull'esperienza effettuata emerge una positività in particolare sui benefici dei *feedback* forniti dal paziente esperto. Questo aspetto ha permesso loro di poter percepire e riflettere sui propri comportamenti, di correggere gli errori commessi, di rafforzare al contempo gli aspetti positivi della propria pratica e dunque di poter migliorare le competenze relazionali professionali fin ora acquisite. Viene quindi riconosciuto e

**Tabella VII.**  
 Valutazione dell'apprendimento degli studenti nella situazione relazionale simulata.

Griglia di valutazione performance relazionale			
	Con paziente esperto (n = 8 studenti)	Con paziente simulato (n = 8 studenti)	Test esatto di Fisher p value
Saluta	8	8	1
Si presenta	8	8	1
Spiega la motivazione della presenza	8	7	0,9
Crea il setting	2	2	1
Introduce il colloquio a partire dai dati osservati	5	7	0,2
Ascolta senza interrompere	8	8	1
Tollera il silenzio	7	5	0,5
Mantiene il contatto visivo	8	8	1
Posizione del corpo simmetrica	4	6	0,4
Modulazione del contatto corporeo	4	4	1
Modulazione della vicinanza	5	7	0,2
Pone domande esplorative	8	6	0,4
Dimostra empatia	8	8	1
Atteggiamento rassicurante	8	8	1
Fornisce risposte	2	6	0,1
Chiude l'incontro	6	7	0,9

confermato allo strumento del *feedback* il ruolo di valore aggiunto rispetto all'utilizzo del paziente esperto nella formazione, così come già definito nella sperimentazione di questa pratica nella formazione medica da Spencer e Wykurz (Spencer, 2000; Wykurz, 2002). Gli studenti hanno percepito il momento della restituzione del *feedback* come il momento esperienziale pregno di maggior efficacia, in quanto è stato reso come un momento personalizzato di apprendimento, e tanto da essere risultato un metodo esplorativo qualitativo anche sul versante emotivo. Anche lo studio effettuato da Wilson (Wilson, 2003) sull'addestramento di medici specializzandi a condurre un esame obiettivo su pazienti affetti da gravi deficit del sensorio, conferma questo elemento restituito dagli studenti. Secondo questa accezione, il profondo senso emotivo di queste esperienze produrrebbe negli studenti l'effetto della creazione di una nuova visione di prospettiva del ruolo del paziente all'interno del processo di cura, dotandolo quasi di un senso di riconoscimento professionale (Wilson, 2003). Il *feedback* avrebbe infine contribuito ad aumentare la sicurezza degli studenti rispetto all'autoanalisi delle proprie prestazioni, in quanto avrebbe permesso di far prendere loro coscienza di alcuni aspetti di sé che non avevano ancora interiorizzato. Il fatto stesso che la simulazione sia stata effettuata da un paziente reale, rende l'esperienza di laboratorio più forte e diretta, in quanto gli studenti hanno potuto tangibilmente entrare in contatto con la patologia senza dover produrre uno sforzo d'immaginazione e, al contempo, pensare a una ipotetica modalità relazionale finalizzata a quel caso specifico. Questo elemento è trasversalmente presente in letteratura rispetto all'utilizzo di questa pratica formativa, in particolare nello studio condotto da Ottewill (Ottewill, 2006) nella formazione all'acquisizione di competenze tecniche specifiche in un gruppo di studenti fisioterapisti. Il percepito degli studenti rispetto al coinvolgimento del paziente nell'esperienza, è stato dunque vissuto come più efficace rispetto all'utilizzo tradizionale del paziente simulato, in quanto il fatto stesso che il paziente fosse reale, avrebbe connotato la scena di imprescindibile realtà e verità. O'Neil et al. (O'Neil et al., 2006) sottolineano questo aspetto e concordano sull'utilizzo del paziente esperto nella pratica formativa poiché rappresenta il supporto maggiormente valido in termini di apprendimento esperienziale, subito dopo il tirocinio clinico (Costello e Horne, 2001).

L'analisi e la comparazione dei dati ottenuti relativamente alle performance agite dagli studenti con il paziente esperto e con il paziente simulato non hanno presentato variazioni prestazionali significative rispetto all'utilizzo del paziente simulato. Ciò risulta confermare quanto espresso dalla letteratura, e in particolare da Spencer, in quanto non risulterebbero esserci differenze rispetto all'acquisizione, al miglioramento o alla qualità delle performance agite dagli studenti a seconda che il paziente sia reale o simulato.

## Conclusioni

Questo studio pone in evidenza come il *feedback* di restituzione da parte del paziente esperto nei confronti delle singole performance degli studenti è risultato essere il valore aggiunto dell'esperienza. Questo è stato descritto dagli studenti come il reale momento formativo poiché ha permesso loro di riflettere sulle proprie modalità comunicativo-relazionali, rendendoli consapevoli degli errori verificatisi durante la prestazione, rinforzando le competenze fin ora acquisite. Il *feedback* è stato riconosciuto e apprezzato inoltre proprio per il suo momento di preziosa esclusività nella relazione con il paziente, in quanto, secondo gli studenti, difficilmente vi è la possibilità di instaurare questo tipo di relazione pedagogica con il paziente durante il tirocinio clinico: per questo motivo, la restituzione è stata vissuta come un momento di apprendimento efficacemente personalizzato. Il fatto poi che il paziente esperto fosse di fatto un paziente reale, è stato percepito come la possibilità di colmare il gap esistente tra teoria e pratica, seppur attraverso un'unica esperienza di laboratorio. Dallo studio non risultano differenze significative tra le performance agite dagli studenti in presenza del paziente esperto piuttosto che con il paziente simulato: non sono infatti stati reperite differenze rilevanti dal punto di vista comunicativo-relazionale, fatta eccezione per la capacità di assumere un atteggiamento rassicurante ed il saper raccogliere dubbi, problemi e preoccupazioni in maniera empatica. Gli altri indicatori di valutazione restano pressoché invariati, con una diminuzione della tolleranza ai momenti di silenzio, ipoteticamente riconducibile ad ansia prestazionale nella simulazione con il paziente esperto.

Per la messa a punto dello studio definitivo che si realizzerà nell'anno accademico 2015-2016, lo studio pilota ha infine messo in evidenza la necessità di modificare alcuni elementi, legati alla necessità di fornire al paziente esperto una formazione rispetto ai principi su cui verte la relazione d'aiuto e sugli strumenti pedagogico-educativi per connotare i *feedback* con un più efficace risvolto didattico e di apprendimento. Risultano inoltre da specificare meglio le modalità di selezione dei pazienti esperti che collaboreranno col progetto.

## Bibliografia

- Blandino G, Granieri B. *La disponibilità ad apprendere*. Torino: Cortina 1995.
- Blandino G. *Le capacità relazionali, prospettive psicodinamiche*. Torino: Utet Università 1996.
- Carkhuff R. *L'arte di aiutare*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson 1987.
- Costello J, Horne M. *Patients as teacher? An evaluative study of patients' involvement in classroom teaching*. Nurse Educ Pract 2001;1:94-102.
- Decker S, Sportsman S, Puetz L, et al. *The evolution of simulation and its contribution to competency*. J Contin Educ Nurs 2006;13:2-6.
- Foucault M. *Nascita della clinica*. Torino: Einaudi 1969.
- Gaba DM. *The future vision of simulation in health care*. Qual Saf Health Care 2004;13:2-10.



Keltner NL, Grant S. *Use of standardized psychiatric patients*. J Psychosoc Nurs 2011;5:35-40.

Kirkpatrick DL. *Evaluating training programs*. San Francisco: Berrett-Koehler 1998.

Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A. *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Milano: Cortina 1992.

Ottewill R, Demain S, Ellis-Hill C, et al. *An expert patient-led approach to learning and teaching: the case of physiotherapy*. Medical Teacher 2006;28:120-26.

O'Neill F, Morris P, Symons J. *Bridging the gap: learning with patient*

*teachers in health professional education*. Practice Development in Health Care 2006;5:29-9.

Rogers CR. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Giunti 1962.

Spencer J, Blackmore D, Heard S, et al. *Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical student*. Medical Education 2000;34:851-57.

Wykurz G, Kelly D. *Developing the role of patient as teacher: literature review*. Brit Med J 2002;325:818-21.

Wilson J. *Using patients as teachers: listening to patients and seeing the world through their eyes*. Teaching exchange 2003;4:135-7.