

Volume 18 Numero

3



S.I.Pe.M

Attualità,  
Proposte e  
ricerche per  
l'educazione  
nelle Scienze  
della Salute

# tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

ISSN 1971-8551(online)

Volume 18 Numero **3**

Attualità,  
Proposte e  
ricerche per  
l'educazione  
nelle Scienze  
della Salute

# tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

---

Direttore responsabile: Giuseppe  
Ventriglia

#### COMITATO EDITORIALE

Editor in Chief: Barbara Bruschi  
Associated editors: Fabrizio Consorti,  
Paolo Leombruni, Antonella Lotti

Editorial board: Marco Bani, Giacomo  
Consorti, Giacomo Del Vecchio, Diego  
Di Masi, Lorenza Garrino, Debora  
Vichi, Patel Rakesh, Ming-Jung Ho,  
Dario Torre, Yvonne Steinert

Editorial staff: Monica Bisci, Marco  
Miniotti, Melania Talarico, Simone  
Zamarian

# Sommario

Volume 18 Numero **3**

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

- 
- 4 Presentazione del numero  
*Bruno Moncharmont.*

---

### Original articles

- 5 Formare gli studenti in Infermieristica  
all'abilità di decision making  
*Federica Charles, Alfredo Diano, Roberta  
Oriani*
- 21 L'esperienza vissuta di studenti di  
medicina italiani in ERASMUS: uno  
studio fenomenologico.  
*Fabrizio Consorti*

- 
- 36 **Abstract Congressuali**  
*XIX Congresso Nazionale della Società  
Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)  
Napoli, 8-9 novembre 2018.*

- 37 *Abstract Comunicazioni*

- 85 *Abstract Poster*

Com'è tradizione, anche quest'anno la rivista pubblica i riassunti dei contributi (poster e comunicazioni orali) presentati al congresso della Società Italiana di Pedagogia medica, che si è tenuto a Napoli nei giorni 8 e 9 novembre 2018.

Con questo numero termina il mio mandato come *Editor in chief* della rivista. Sopraggiunti incarichi non mi consentono più di dedicare tempo ed attenzione adeguata a questo impegno editoriale che accettai con entusiasmo nell'ottobre 2016, quando subentrò al prof. Cesare Scandellari. In questi due anni, con la collaborazione della Firenze University Press è stato possibile avviare e mettere a regime un sistema di *peer reviewing* in doppio cieco sulla piattaforma

elettronica della casa editrice, che ha consentito alla rivista di esser al passo con i tempi in un sistema *Open access*. Ulteriori passi debbono essere compiuti nel previsto processo di portare la rivista ad essere considerata nei sistemi bibliometrici di terza generazione, quali Scopus ed altri. Formulo al mio successore, che presto sarà individuato dal Consiglio direttivo della SIPEM, i migliori auguri di buon lavoro per accompagnare adeguatamente la rivista in questo percorso di crescita. Desidero, infine, esprimere la mia gratitudine al Consiglio direttivo per la stima e fiducia accordatami nel conferirmi l'incarico ed i miei ringraziamenti ad autori e *reviewer* che hanno collaborato in questi mesi nel processo editoriale.

*Bruno Moncharmont*



# Formare gli studenti in Infermieristica all'abilità di decision making

Federica Charles<sup>1</sup>, Alfredo Diano<sup>2</sup>, Roberta Oriani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> studentessa laurea Magistrale Università degli Studi di Torino - Italia

<sup>2</sup> coordinatore e docente corso di laurea in Infermieristica sede di Aosta - Italia

<sup>3</sup> tutor e docente corso di laurea in Infermieristica sede di Aosta - Italia

---

## SOMMARIO BREVE

Il decision-making fa parte del modus operandi dell'infermiere e quindi costituisce un aspetto centrale nella formazione infermieristica. La letteratura fa emergere che lo studente infermiere, durante il percorso universitario triennale, non è sufficientemente formato nell'abilità di decision making [17]. Lo scopo dello studio è sondare la percezione degli studenti infermieri riguardo alla propria capacità di decision making. I risultati mostrano che esistono fattori maggiormente influenzanti gli studenti infermieri nel prendere decisioni.

**Parole chiave:** decision making, studente infermiere.

---

## SOMMARIO ESTESO

**Premessa.** L'abilità di decision-making (DM) costituisce un aspetto centrale nella formazione della professione infermieristica: i contenuti, gli strumenti e i metodi didattici utilizzati in aula e nel tirocinio, devono essere diretti a coltivarla costantemente [17]. È fondamentale essere consapevoli di quali siano i fattori che influiscono sul-

l'apprendimento del decision-making per lavorare su di essi, al fine di migliorare la formazione del processo decisionale.

**Materiali e metodi.** Lo studio, di tipo descrittivo, è stato condotto su un campione totale di 204 studenti del triennio del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è un questionario realizzato ex novo con riferimento ad uno studio condotto da Wiens.

**Risultati.** I fattori maggiormente influenzanti l'apprendimento gli studenti infermieri nel prendere decisioni in ambito clinico sono: la conoscenza del ragionamento diagnostico (22%), i feedback dell'équipe (22%), l'autostima (21%). Analizzando il rapporto dello studente con l'équipe formativa le variabili che sembrano influenzare maggiormente la presa di decisione sono: l'accettazione (32%), la valorizzazione (27%) e l'incoraggiamento (24%) dello studente.

**Conclusioni.** Esistono dei fattori e delle variabili che sembrano influenzare la capacità di sviluppare il decision making. La valutazione degli apprendimenti da parte del tutor clinico invece è un aspetto che limiterebbe la sperimentazione dello studente nella presa di decisione.

---

## INTRODUZIONE

La maggior parte delle situazioni incontrate nell' esercizio professionale dell'infermiere è caratterizzata da unicità, complessità, instabilità e dalla presenza di conflitti di valori; pertanto, per far fronte e gestire questi fattori, tra le competenze cognitive richieste ad un infermiere nel processo infermieristico, figura anche la capacità di prendere decisioni.

Il decision making è parte di un'abilità più ampia che è quella del problem solving: processo composto da varie fasi in cui predominano il ragionamento diagnostico, il giudizio prognostico (giudizio clinico sull'evoluzione del percorso assistenziale) e il decision making [1]. Il ragionamento diagnostico è il processo cognitivo che gli infermieri utilizzano per interpretare i dati degli assistiti; il giudizio prognostico costituisce la fase in cui si prospettano dei cambiamenti in determinate aree individuate come ambiti di possibili azioni e di probabili risultati ottenibili [2]. Vengono inoltre elaborate le informazioni finalizzate alla comprensione della situazione dell'utente e individuate le variabili che possono influenzare il corso degli eventi.

Il decision making è un processo caratterizzato da tre fasi fondamentali:

- raccolta delle informazioni e identificazione dei problemi;
- considerazione delle strategie possibili;

- scelta delle azioni per mettere in pratica tali strategie.

Questa schematizzazione semplifica eccessivamente un processo cognitivo che è, in realtà, molto complesso [3]. Infatti, in letteratura sono stati descritti due modelli di decision-making: quello analitico/sistematico e quello intuitivo. Il primo è il risultato dell'interfaccia tra la memoria a breve e quella a lungo termine: la comunicazione tra questi due sistemi dà poi origine ad un processo costituito da quattro fasi:

1. riconoscimento o acquisizione di informazioni --> raccolta dei dati clinici;
2. formulazione di ipotesi --> ipotesi specifiche in base ai dati raccolti;
3. interpretazione delle informazioni --> conferma o esclusione di informazioni precedentemente raccolte;
4. valutazione delle ipotesi --> individuazione di vantaggi e svantaggi per ogni ipotesi e scelta della migliore [4].

Il modello intuitivo è stato definito da Bruner, J.S (1963) come un processo messo in atto quando si ripropongono esperienze simili a quelle già affrontate in passato; è stato anche identificato da Benner, Tanner e Chesla nel 1992 come l' assimilazione di un avvenimento senza fondamento logico e la comprensione di comportamenti e valori in un determinato contesto; una consapevolezza immediata [5] con cui l'infermiere arriva in modo diretto ad una soluzione [6].

Questo modello viene messo in atto nel momento in cui le informazioni necessarie non siano direttamente ricavabili dai libri e questa carenza venga supplita dall'esperienza del professionista [7]; è infatti caratteristica propria dell'infermiere esperto sviluppare una visione intuitiva della singola situazione clinica, a differenza del novizio, che mantiene stretto il nesso con le nozioni teoriche appena apprese [8].

Il processo decisionale implica dunque la capacità di ragionamento riflessivo, valutazione e scelta. Il ragionamento riflessivo descrive una forma di ragionamento che considera un'ampia gamma di possibilità e riflette sui vantaggi di ognuna di esse in una determinata situazione. La riflessione è fondamentale nel processo decisionale per affrontare problemi complessi, per i quali non esiste una soluzione semplice e giusta come ad esempio i dilemmi etici e deontologici. In senso etimologico il termine valutazione (lat. verbo *valere*, che significa *valere*, *stimare*, *dare prezzo*) indica il processo mediante il quale si attribuisce valore ad un oggetto, un'azione o un evento. Il valutare è un'attività cognitiva con cui una persona esprime il proprio giudizio (inteso come espressione di un pensiero) in merito ad un fatto rilevante e significativo [9]. Dal canto suo, la decisione è la scelta di intraprendere un'azione, tra più alternative considerate (opzioni), da parte di un individuo o di un

gruppo. Nel processo che porta alla decisione, si possono distinguere due momenti: la deliberazione, nella quale il decisore prende in considerazione le varie opzioni e valuta le motivazioni pro e contro di ciascuna di esse e l'applicazione del pensiero critico. Quindi, un altro tassello da considerare è il pensiero critico che costituisce le fondamenta per sviluppare il processo di decision making. Il pensiero critico o "critical thinking" (CT) è un'attività intellettuale riflessiva e ragionevole, focalizzata sul decidere in cosa credere e cosa fare. Per comprendere cosa significa pensare in modo critico sarebbe opportuno analizzare l'etimologia dei due termini: pensiero deriva dal latino *pensare*, e significa *ponderare*, *valutare*; il termine *critica*, invece, dal greco *κριτική (τέχνη)*, l'arte del giudicare, ossia quella facoltà dell'intelletto che permette di sottoporre ad esame critico un oggetto [10]. Quelle che seguono sono alcune delle asserzioni del concetto di pensiero critico:

- "abilità e propensione ad impegnarsi in un'attività con scetticismo riflessivo" [11];
- "uso di abilità o strategie cognitive che aumentano la probabilità di un esito desiderabile. Il pensiero critico è deciso, ragionato e diretto agli obiettivi. È il tipo di pensiero implicato nella risoluzione dei problemi, nella formulazione delle inferenze, nel calcolo delle probabilità e nel prendere decisioni. I pensatori critici

usano queste abilità in modo appropriato, senza suggerimento, e solitamente con intento consapevole, in una varietà di impostazioni. Cioè, sono predisposti a pensare in modo critico. Quando pensiamo in modo critico, stiamo valutando i risultati dei nostri processi mentali: quanto è buona una decisione o quanto è stato risolto un problema" [12];

- "un ragionevole pensiero riflessivo focalizzato sul decidere cosa credere o fare [13].

Il motivo che sottostà a questa non univocità di definizione, è proprio il fatto che il pensiero critico non sia soltanto un processo cognitivo, ma anche un atteggiamento e, pertanto, tale processo implica numerose capacità intellettuali. Il pensiero critico dev'essere infatti razionale e fondato su argomentazioni, fatti e osservazioni. Esso implica la concettualizzazione, cioè l'elaborazione di un concetto, e la riflessione, ovvero il tempo e la motivazione per ponderare, considerare o discutere riguardo alle alternative.

È proprio la capacità critica del pensiero che evita ogni giudizio a priori (pregiudizio) e consente di misurarsi ogni volta con la diversa alterità che l'infermiere incontra. Il pensiero critico è caratterizzato dai processi mentali di discernimento, analisi e valutazione.

Comprende processi di riflessione su aree

tangibili e intangibili con l'intento di formare un giudizio solido, che riconcilia l'evidenza scientifica con il senso comune. Il pensiero critico trae informazioni dall'osservazione, dall'esperienza, dal ragionamento e dalla comunicazione. Si fonda sul tentativo di andare al di là della parzialità del singolo soggetto

ed è, in qualche misura, una presa di distanza da sé, dalla propria autoreferenzialità. Il pensiero critico comporta, inoltre, il pensiero creativo: questo porterebbe pertanto ad abbandonare schemi di pensiero precostituiti e ad affrontare le situazioni da nuovi punti di vista; gli infermieri utilizzano il pensiero creativo quando si trovano di fronte a situazioni assistenziali nuove o in cui gli interventi usuali non risultano efficaci [14].

È importante sottolineare che il pensiero critico non si attiva in assenza di conoscenza, ma viene utilizzato per applicare alla situazione di ogni singolo caso un insieme di conoscenze fondamentali; il bagaglio di conoscenze influisce dunque sulla possibilità di usare efficacemente le capacità cognitive [15]. Chi utilizza il pensiero critico infatti, pensa in modo autonomo: ciò significa che non vengono accettate passivamente le convinzioni altrui, ma si prendono in esame più idee con fondamento razionale, si apprende da esse e da queste si

elabora un pensiero nuovo. Accanto al pensiero autonomo vi è, però, anche l'umiltà intellettuale: l'esser aperti al confronto, porsi domande e l'esser consapevoli dei limiti delle proprie idee, conoscenze e convinzioni, sono il presupposto per implementare le proprie competenze e per crescere professionalmente [15].

Il pensiero critico costituisce in definitiva le fondamenta che consentono di sviluppare il processo di decision making.

Quindi si può comprendere come in realtà la competenza della presa di decisioni preveda vari "tasselli" (pensiero critico, ragionamento diagnostico, giudizio prognostico) che a loro volta dovrebbero essere oggetto di apprendimento e valutazione.

Oltre a questi tasselli uno studio canadese ha messo in luce che esistono molti fattori che influenzano l'apprendimento dello studente infermiere nel prendere decisioni: le esperienze pregresse, la relazione con l'equipe formativa, la formazione, il contesto di apprendimento in tirocinio, lo stress, il locus of control, l'autostima, le abilità cognitive, la percezione delle proprie abilità di decision making [17].

Saper prendere decisioni è un'abilità che

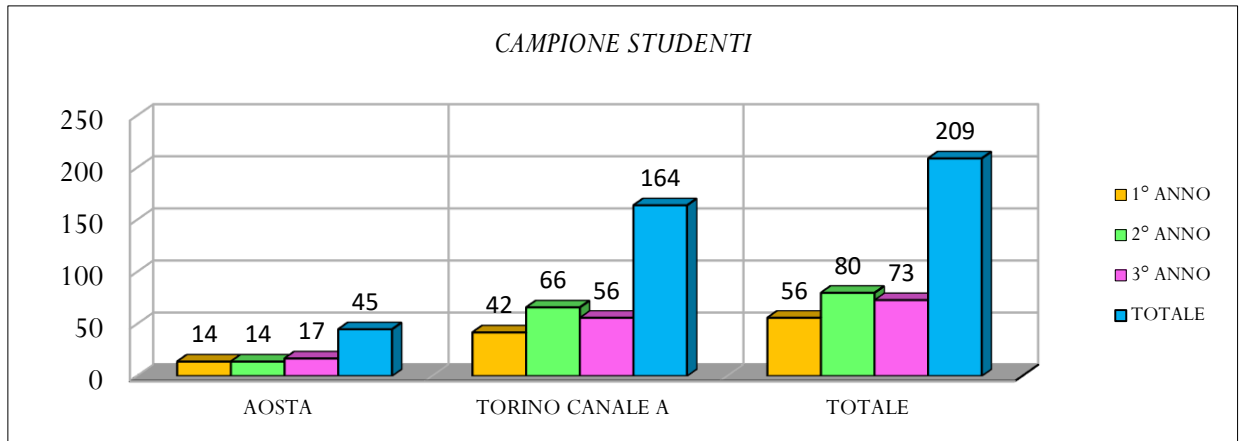
nella formazione infermieristica costituisce un aspetto centrale: i contenuti, gli strumenti e i metodi didattici, utilizzati in aula e durante il tirocinio, devono essere diretti a coltivarla costantemente [17]. Proprio per l'importanza che riveste la capacità di prendere decisioni durante il processo assistenziale, è fondamentale che questa abilità venga sviluppata sin dalla formazione di base.

La letteratura fa emergere che lo studente infermiere, durante il percorso universitario triennale, non è sufficientemente formato nell'abilità di decision making [17].

Lo scopo dello studio è sondare la percezione degli studenti infermieri riguardo alla propria capacità di decision making, al fine di definire possibili azioni di miglioramento per sviluppare l'apprendimento di tale abilità durante il percorso formativo.

## MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo descrittivo, è stato condotto su un campione totale di 209 studenti del triennio del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino (sede di Aosta e Canale A delle Molinette di Torino) (grafico 1).



**Grafico I.** Campione studenti

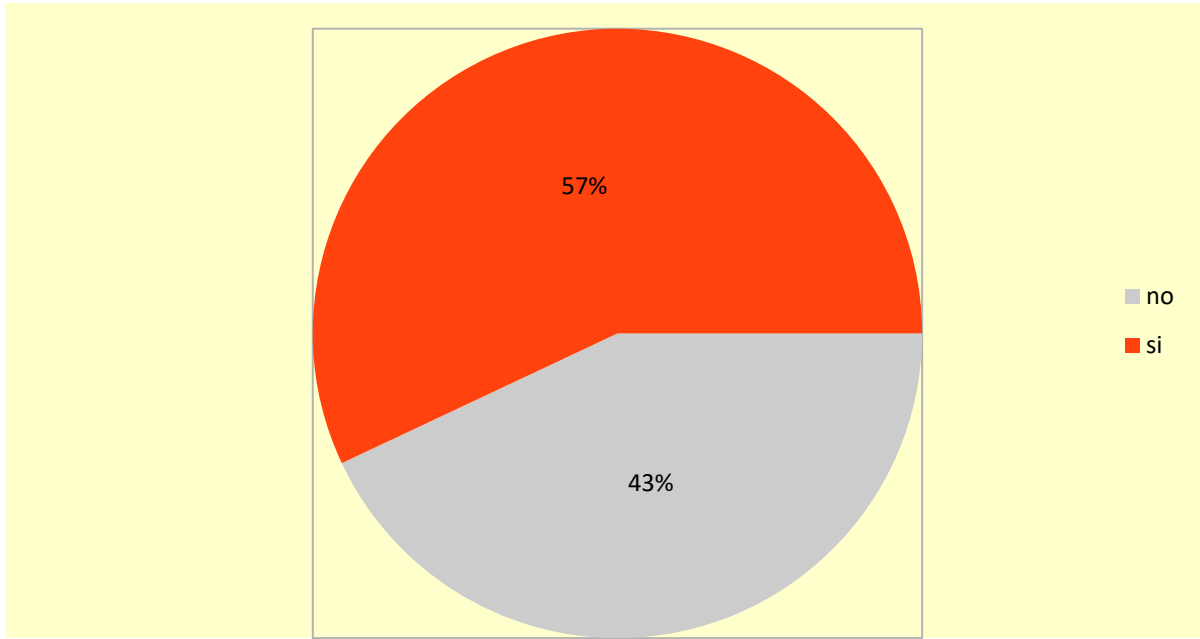
Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è un questionario realizzato ex novo con riferimento ad alcuni contenuti presenti in uno studio canadese [16]. Ad ogni item è stata associata una scala di valutazione di tipo Likert a 5 modalità di risposta, ognuna delle quali corrispondenti ad un giudizio (per niente”, “poco”, “abbastanza”, “molto”, “moltissimo”). Il questionario è suddiviso in 4 sezioni, in cui si sono indagati rispettivamente le esperienze pre-universitarie, la valorizzazione dello studente, i fattori influenzanti il decision making e le possibili azioni di miglioramento.

Per valutare la significatività statistica dei dati, sono stati svolti il test del Chi quadro e il calcolo degli intervalli di confidenza. Al questionario, somministrato nel periodo giugno – luglio 2016, ha risposto un numero di 204 studenti, con una rispondenza

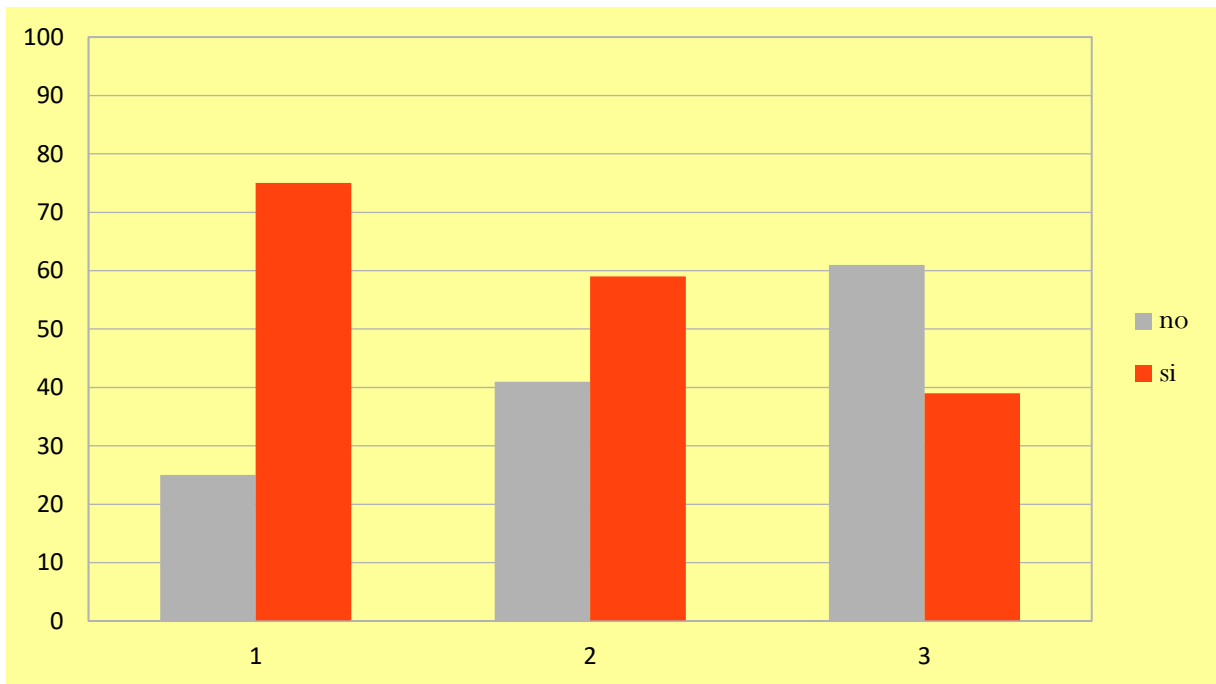
pari al 97,6% del campione intervistato.

## RISULTATI

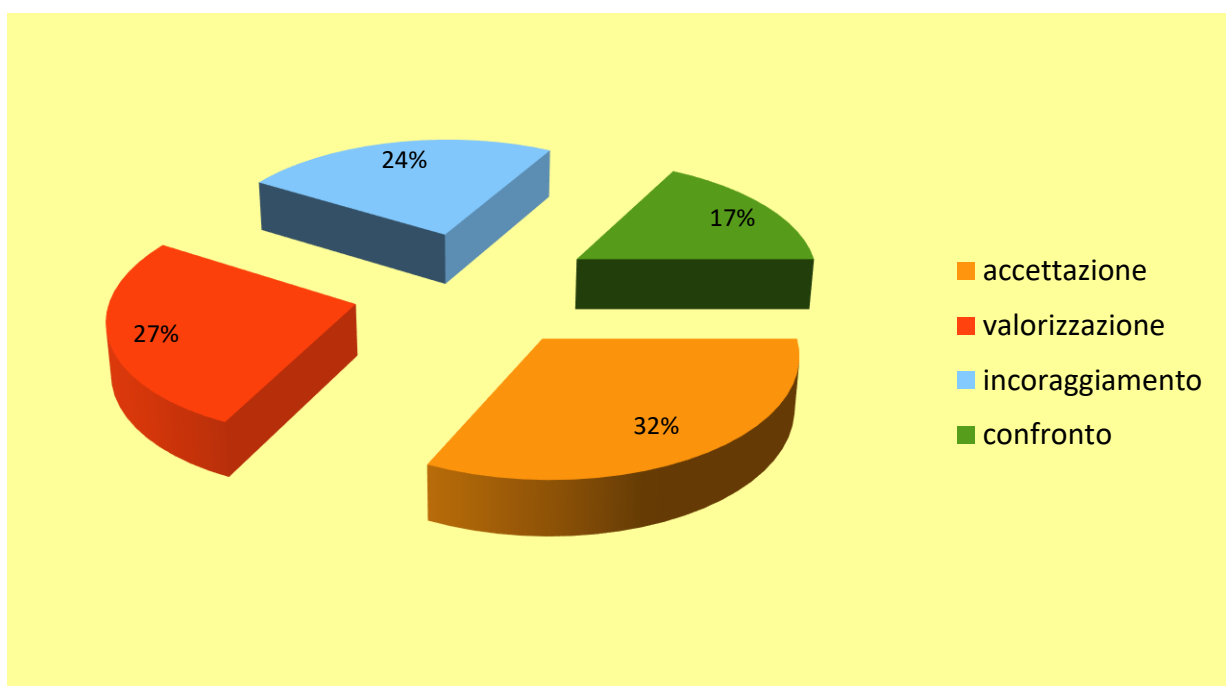
I risultati indicano che per il 56,4% degli studenti, il processo decisionale, è influenzato dalle pregresse esperienze (grafico 2). Nello specifico è interessante notare (grafico 3) come in realtà queste esperienze sembrano essere più importanti al 1° anno di corso per poi decrescere al 2° e al 3° anno. Analizzando il rapporto dello studente con l'equipe formativa (con riferimento all'ultimo tirocinio) le variabili che sembrano influenzare maggiormente la presa di decisione sono: l'accettazione (32%), la valorizzazione (27%), l'incoraggiamento (24%) dello studente e il confronto nelle decisioni assistenziali (17%) (grafico 4). Le variabili individuate vengono di seguito descritte



**Grafico 2.** Esperienze precedenti



**Grafico 3.** Esperienze precedenti suddivise nei tre anni di corso



**Grafico 4.** Varibili che influenzano la presa di decisione.

L'accettazione dello studente da parte del gruppo è strettamente legata alla capacità di entrare in un team e di mettere in campo una serie di apprendimenti rispetto ai comportamenti da adottare, a quali regole seguire e alle aspettative del gruppo. Anche se il tirocinante non è un componente fisso del gruppo si può ipotizzare che il processo di socializzazione descritta da Levine e Moreland (1994) abbia su di lui una certa influenza. Infatti, l'accettazione del tirocinante è influenzata dalla sua capacità di utilizzare strategie: un comportamento di perlustrazione "pacifica" e "incerta", valutare con attenzione il gruppo, individuare dei soggetti che possono facilitare l'inserimento e collaborare con altri studenti.

- La valorizzazione dello studente che viene

definita dal dizionario Treccani come esaltazione delle qualità di una persona ed è strettamente legata alla motivazione: infatti mutuando alcuni concetti dalla teoria Igiene-Motivante (1959-1966), di Herbert, i Fattori Motivanti sono il riconoscimento dei risultati e l'attribuzione di responsabilità che valorizzano e quindi motivano gli studenti ad apprendere.

L'incoraggiamento trova la sua collocazione nell'atteggiamento costruttivo del formatore che non è mai distruttivo, ma capace di ripresa continua, di rassicurazione, e incentivazione dell'impegno. L'incoraggiamento definito da Franta e Colasanti (1991) non ha controindicazioni pedagogiche a differenza di premi e castighi, lodi e biasimi: non è espressione di spirito protettivo,



bensi invito all'autonomia e alla responsabilità [18]. Quindi un approccio sicuramente vincente da tenere con gli studenti è quello dell'incoraggiamento.

VALORIZZAZIONE	$\chi^2$	$\alpha$	v	P value
1° - 2° anno	10,768	0,05	2	0,00459
2° - 3° anno	2,1973	0,05	2	0,33331
1° - 3° anno	8,1625	0.05	2	0,016886753
CONFRONTO				
1° - 2° - 3° anno	22.369	0.05	4	0,000169
INCORAGGIAMENTO				
1° - 2° - 3° anno	13,307	0.05	4	0,009869

**Tabella 1.** Valorizzazione/confronto/incoraggiamento equipe formativa e anno di corso

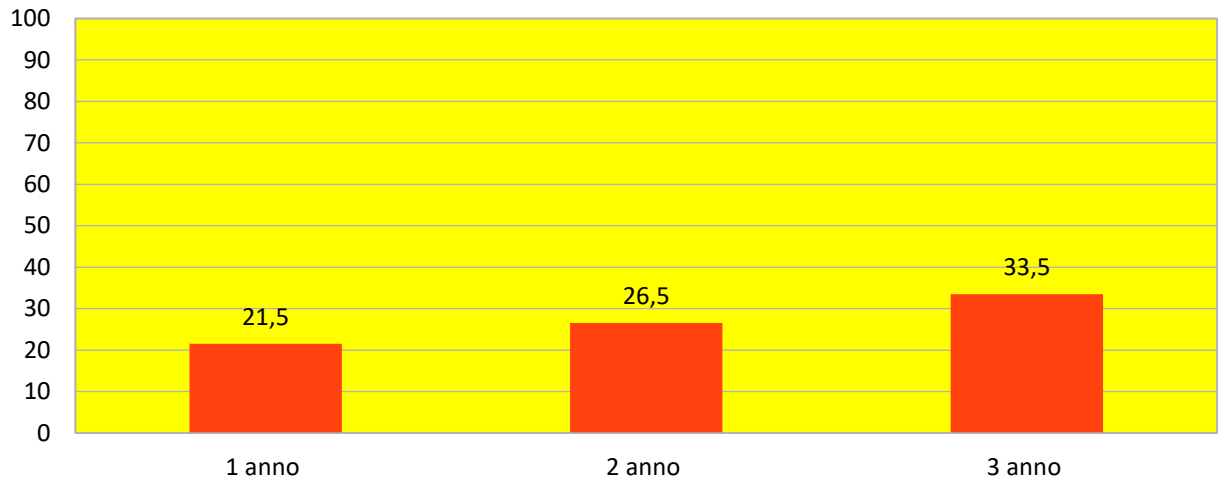
Rispetto alla “valorizzazione” sembra che aumenti in maniera spiccata dal 1° e al 2° anno, e si riduca dal 2° al 3° anno. Per la seconda variabile, considerando la media dei valori rilevati con molto/moltissimo, si può notare che gli infermieri incoraggino maggiormente a prendere decisioni gli studenti del 3° anno (grafico 5). Per sviluppare al meglio l'abilità del decision making, sarebbe importante potenziare l'incoraggiamento nella presa di decisione graduando la complessità decisionale fin dal primo anno di corso.

I fattori maggiormente influenzanti gli studenti infermieri nel prendere decisioni in

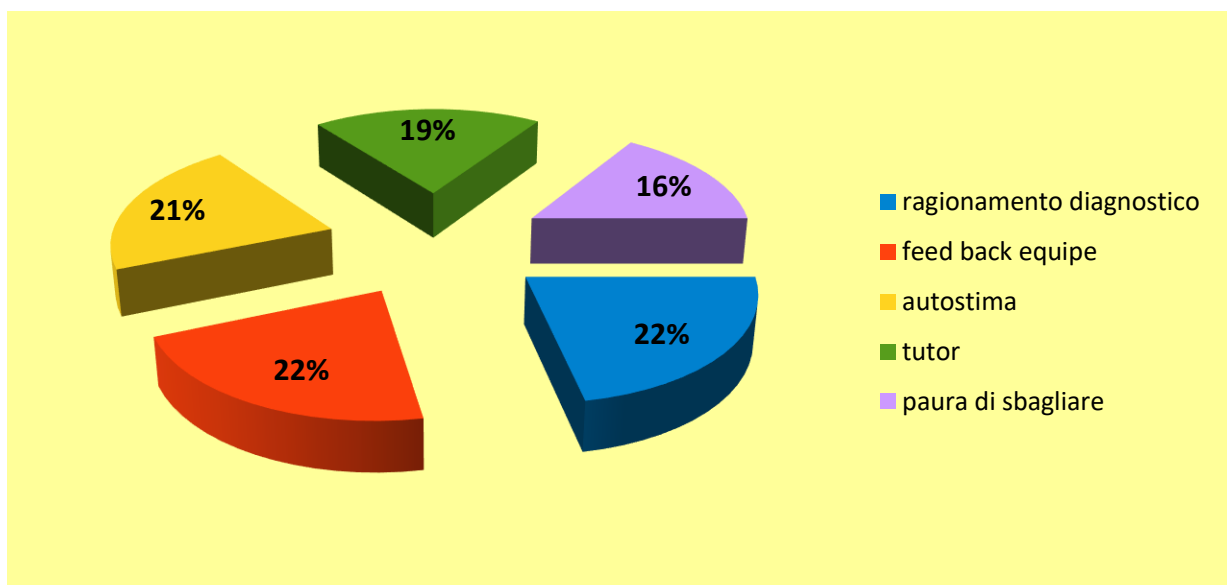
ambito clinico sono: la conoscenza del ragionamento diagnostico (22%), il feed back da parte dell'équipe (22%), l'autostima (21%), il rapporto con il tutor clinico (19%) e la paura di sbagliare (16%) (Grafico 6). In particolare, al test del Chi Quadro (Tabella 2) risulta statisticamente significativa la conoscenza del ragionamento diagnostico: la relazione è risultata significativa confrontando 1° e 3° anno, mentre quella tra 1° e 2° anno e tra il 2°e il 3°, pur diventando questo fattore sempre più incisivo, non si può affermare essere statisticamente significativa.

RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO	$\chi^2$	$\alpha$	v	P value
1° - 2° anno	2,155	0,05	2	0,34045
2° - 3° anno	4,268	0,05	2	0,11836
1° - 3° anno	8,798	0,05	2	0,012289697

**Tabella 2.** Ragionamento diagnostico



**Grafico 5.** Incoraggiamento media%



**Grafico 6.** Fattori che influenzano la presa di decisione

Quindi durante il triennio le capacità di decision making dello studente sembrano essere influenzate dalla progressiva conoscenza del ragionamento diagnostico. Inoltre, si rileva che il 59% degli studenti risulta influenzato nella presa di decisioni dalla valutazione del tutor clinico (grafico 7). Dal test del Chi Quadro (Tabella 3), emerge una relazione tra l'anno di corso e le risposte date: questo porterebbe a pensare che, durante il triennio, lo studente si metta in gioco sentendosi sempre meno valutato dal tutor durante il tirocinio clinico. Considerando l'autovalutazione dello studente, il dato che emerge indica che già al 1° anno il 52% degli studenti riferisce di sentirsi "molto in grado" di prendere decisioni (grafico 8). La discrepanza tra risultato atteso e osservato può essere spiegata con riferimento allo studio canadese [16], in cui si indica che la percezione dello studente rispetto alla propria capacità di prendere decisioni sia strettamente legata alla propria autostima.

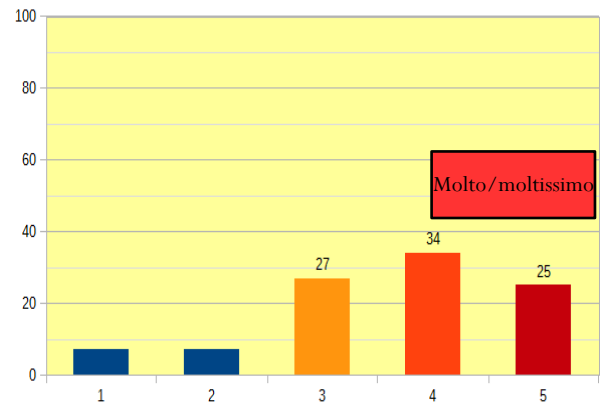
Tuttavia, permane un 31% di studenti che valuta la propria capacità di prendere decisioni con un valore intermedio (abbastanza) (grafico 8); si potrebbero ipotizzare azioni di miglioramento come indicato nella tabella 4.

Dal test del Chi Quadro (tabella 5), è risultata esserci una relazione tra l'anno di corso e la proposta di aumentare il numero

di casi clinici da discutere durante il tirocinio: ciò sembra essere più significativo nel corso del triennio, più sostenuto quindi dagli studenti del 3° anno rispetto a quelli del 1° e del 2° anno

SAPERE DI ESSERE VALUTATO	X <sup>2</sup>	α	v	P value
1° - 2° - 3°	11,219	0,05	4	0,0242057

**Tabella 3.** Valutazione tutor clinico

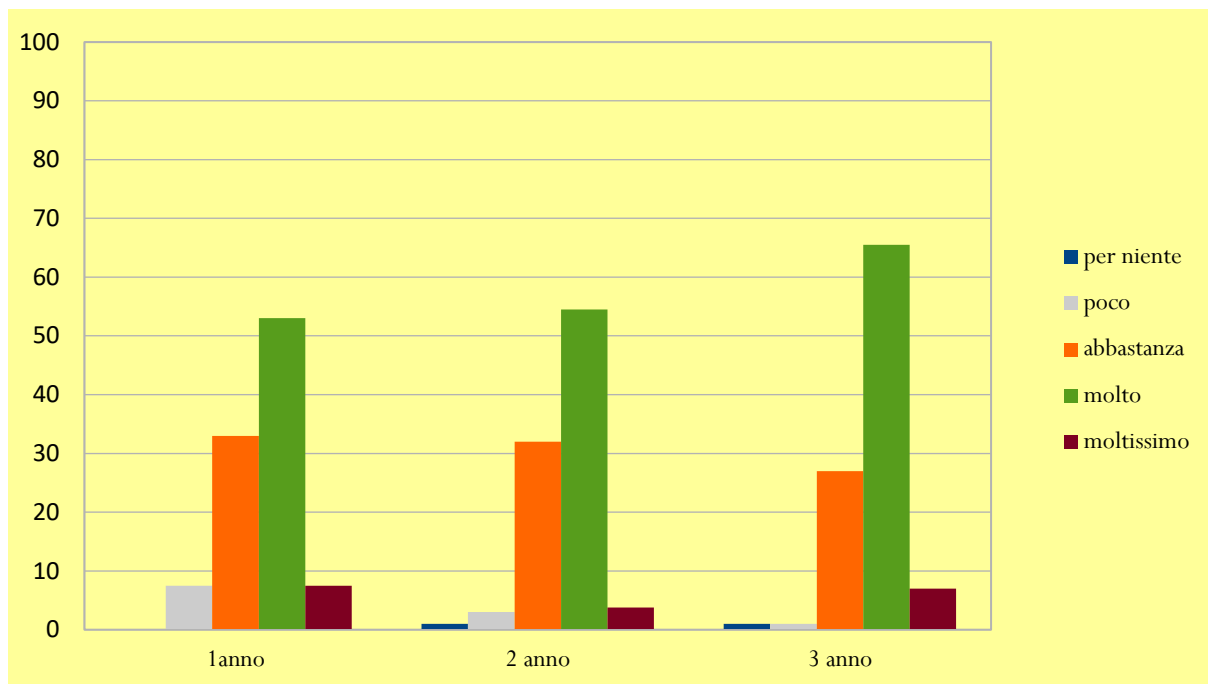


**Grafico 7.** Valutazione tutor clinico

## DISCUSSIONE

Negli ambienti di apprendimento clinico una serie di fattori influenzano gli esiti delle performance degli studenti, tra cui la dimensione interpersonale tra studente – tutor – équipe formativa [19]

Nello studio condotto emerge che le variabili che influenzano maggiormente la presa di decisione sono l'accettazione, la valorizzazione e l'incoraggiamento dello



**Grafico 8.** Autovalutazione studente presa di decisione.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO	%
Potenziare discussione casi clinici in teoria	71%
Potenziare discussione casi clinici in tirocinio	77,5%
Favorire la presa di decisioni dello studente rispetto a un gruppo di pazienti in tirocinio	83,5
Attuare le pianificazioni assistenziali discusse con l'equipe formativa	78%

**Tabella 4.** Azioni di miglioramento

DISCUSSIONE DI CASI CLINICI IN TIROCINIO	$\chi^2$	$\alpha$	v	P value
1° - 2° - 3°	11,4565	0.05	4	0,02188532

**Tabella 5.** Discussione casi clinici in tirocinio.

studente: l'equipe formativa sarà più o meno propensa a mettere in atto questi comportamenti per promuovere un clima di apprendimento, in relazione non solo alla sua formazione ma anche alle proprie competenze relazionali gruppali necessarie per

superare complessi di conflittualità favorendo così l'appartenenza [20]. Infatti, un gruppo che possiede una capacità di gestione dei limiti personali, di cooperazione, di apertura, di cordialità e di supporto, è probabilmente maggiormente in grado di

accettare, valorizzare e incoraggiare lo studente.

Nei fattori che influenzano l'apprendimento del decision making, sembra che abbia ruolo rilevante la conoscenza del ragionamento diagnostico che è una fase del problem solving. Il ragionamento diagnostico è un'attività intellettuale che prevede un'interpretazione e collegamento dei dati ovvero degli indizi rilevati, una formulazione e verifica delle ipotesi diagnostiche e la definizione di un problema della persona. Lockhart et al. hanno notato che ci sono grandi differenze individuali nella capacità di selezionare le informazioni rilevanti per la soluzione di un problema: James (1890) chiamò sagacia la capacità di scoprire quello che è essenziale in una situazione ovvero che ha a che fare con la capacità di discernere ciò che è importante in una situazione anche assistenziale [21].

Quindi lo studente acquisisce una "mente indagatoria" che lo allena a un atteggiamento mentale attivo: si può ipotizzare che questo processo di ragionamento attivi una capacità di rispondere a eventi in maniera condizionale ovvero eviti di rispondere meccanicamente [21]. Il ragionamento diagnostico è inoltre strettamente collegato alla discussione di casi clinici: quindi la proposta degli studenti di aumentarne la disamina, attraverso l'analisi di una situazione assistenziale, in teoria e in tirocinio, sembra

confermare l'efficacia del metodo. Accanto a ciò sarebbe interessante realizzare, come suggerito dagli studenti, dopo aver utilizzato il ragionamento diagnostico, la pianificazione assistenziale che permette allo studente di attuare le decisioni e valutarne gli esiti. Questo rafforzerebbe la fiducia dello studente e quindi l'autostima il cui livello influenza la propensione a decidere. Infatti, fattori emotivi e di personalità possono ostacolare il decision-making [22]. Un altro fattore che sembra influenzare il DM è il rapporto con il tutor che si inserisce nella dimensione della relazione educativa che è relazione di aiuto, cioè un rapporto in cui una persona si attiva per facilitare la crescita e la maturità dell'altro. In questa dimensione il tutor diviene facilitatore dell'apprendimento e privilegia la relazione che porta al riconoscimento della comune umanità e della diversità individuale e culturale [23]. Il feedback che gli studenti indicano come metodo che facilita l'acquisizione della capacità di DM, è parte di questa relazione: infatti secondo gli studi di Hattie [24], è l'azione più efficace in ambito istruttivo, perché permette all'allievo di sapere se sta procedendo nella giusta direzione. Il feedback sostiene lo studente nel suo percorso di apprendimento, lo rende più sicuro aiutandolo ad identificare gli obiettivi non raggiunti e lo motiva a sviluppare strategie alternative oppure rinforza i

comportamenti performanti: tutto ciò agisce anche sull'autostima e crea un clima che permette all'allievo di potersi sperimentare nella presa di decisione senza paura di sbagliare. In questo momento si inserisce la capacità dell'equipe formativa di saper gestire l'errore con un approccio pedagogico cioè come sforzo e capacità ad apprendere dagli errori. Si deve distinguere fra errore e colpa, nel senso che tacciare come colpevole chi incorre in errore, significa ritenere che egli avrebbe potuto e dovuto evitarlo: questo potrebbe produrre nella persona forme di depressione, di frustrazione, di paura ed angoscia. Invece la consapevolezza nel considerare l'errore come un possibile incidente di percorso, non ricercato deliberatamente ma accaduto, stabilisce un rapporto più produttivo fra errore e colui che lo compie, e fra quest'ultimo e le altre persone coinvolte. Non avvertendo più l'ostilità e il pregiudizio, non solo si impara dagli errori, ma si trova la motivazione per ricercarli ed eliminarli, acquisendo quel senso di comprensione e tolleranza nei riguardi degli altri, poiché gli altri ne hanno avuto verso colui che sbaglia. L'errore, se visto con questa prospettiva, diventa un elemento potente nella ricerca di risposte e mette in moto la voglia di conoscenza [25].

Nella relazione educativa si inserisce la valutazione da parte del tutor, che sembra essere un altro aspetto che influenza il DM. La

valutazione costituisce da sempre un problema complesso e delicato, non ancora risolto, intorno al quale discutono insegnanti e studenti senza trovare, in genere, accordo. La valutazione del decision making, che avviene in tirocinio, è una valutazione autentica che intende verificare non solo ciò che lo studente sa, ma ciò che "sa fare con ciò che sa" sulla base di una prestazione reale e adeguata di apprendimento. In tirocinio lo studente deve assumere delle decisioni per risolvere i problemi dei pazienti e quindi deve dimostrare di possedere capacità «di pensiero critico, di soluzione dei problemi, di metacognizione, di efficienza nelle prove, di lavoro in gruppo, di ragionamento e di apprendimento permanente» e quindi non sono richieste conoscenze di concetti e fatti isolati [26].

Quindi si può comprendere come questo aspetto possa influenzare lo studente nella DM in quanto l'essere valutato può "sprognare" il tirocinante nell'essere protagonista attivo del suo apprendimento e quindi a sperimentarsi nella presa di decisioni oppure "inibire" studenti le cui performance risultano già carenti. Quindi lo stile del tutor può essere favorente o ostacolante per l'apprendimento dello studente.

## CONCLUSIONI

Prendere decisioni per le persone assistite, sia autonomamente, sia in collaborazione

con i professionisti che partecipano al percorso assistenziale è una precisa responsabilità e competenza dell'infermiere. Proprio per l'importanza che riveste tale processo, è fondamentale che la competenza del DM sia sviluppata al meglio durante il percorso di formazione. Strategie didattiche mirate a incrementare tale apprendimento dovrebbero essere utilizzate durante tutto il percorso di tirocinio: l'analisi di casi con il ragionamento diagnostico, l'attuazione della pianificazione personalizzata e quindi delle decisioni proposte, la valutazione dei risultati, possono essere fasi che, se richieste sistematicamente nelle esperienze di tirocinio, in relazione alle performance dell'anno di corso, aiutano lo studente infermiere ad acquisire un metodo per decidere. Se ciò è vero è però indispensabile "alzare" il livello degli obiettivi di tirocinio già ad un primo anno di corso poiché l'acquisizione dell'abilità del DM richiede plurime situazioni in cui potersi sperimentare. Accanto a queste strategie risulta importante anche l'approccio pedagogico dell'equipe formativa che deve rinnovarsi: valorizzazione, incoraggiamento, feedback puntuali, accettazione, gestione non punitiva dell'errore sono le "carte vincenti" per creare le condizioni di un apprendimento significativo. [12]

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Taylor C. Clinical problem solving in nursing: insights from literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31 (4): 842-849.
- [2] Ting Ting L, Mills M. Analysis of patient profile in predicting Home care resource utilization and outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 2000 30 (2): 67-75.
- [3] Hancock H, Easen P. The decision-making processes of nurses when extubating patient following cardiac surgery: an ethnographic study. *International Journal of Nursing*, 2006, 43: 693-705.
- [4] Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17: 187-195.
- [5] Miller VG, Rew L. Analysis and intuition: the need for both in nursing education. *J Nurs Educ*, 1989, 28 (2): 84 – 6.
- [6] Reilly DE, Oermann MH. Clinical teaching in nursing education. *NLN Publ*, 1992, (15-2471): v-xiv, 1-507.
- [7] Rew L. Acknowledging intuition in clinical decision making. *J Holist Nurs*, 2000, 18(2): 94-108, 109-13.
- [8] Villa G, Manara D, Palese A. Nurses' near-decision-making process of postoperative patients' cardiosurgical weaning and extubation in an Italian environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2011: 28, 41-49.

- [9] Genovesi G. Le parole dell'educazione. Guida lessicale al discorso educativo. Ferrara, Corso Editore, 1998.
- [10] Kant I. Critica della ragion pura. Roma, Casa Editrice Fermento 1° ed, 2016.
- [11] McPeck J. E. Critical thinking and education. New York: St. Martin's, 1981
- [12] Halpern D. F. Teaching for critical thinking: Helping college students develop the skills and dispositions of a critical thinker. *New Directions for Teaching and Learning*, 1999, 80: 69-74.
- [13] Ennis R. H. Critical Thinking Assessment. *Theory into Practice*, 1993, 32(3): 179-186.
- [14] Reilly DE, Oermann MH. *Clinical Teaching in Nursing Education* Jones and Bartlett Publishers, 1999.
- [15] Wilkinson J.M. Processo infermieristico e pensiero critico. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2013.
- [16] Wiens V.I. Factors influencing decision making during patient care: nursing students' perceptions (Dissertation). Alberta, University of Lethbridge, 1991.
- [17] Facco S, Milan M, Massariello P, Cirio L, Mussa V, Dimonte V. L'abilità di Decision Making dello studente infermiere e la soddisfazione degli utenti: l'esperienza del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino. *Tutor*, 2013, 13 (3): 32-39.
- [18] Tempesta M. Lo studio come problema di educazione: fenomenologia pedagogia dell'esperienza studiosa. Roma, Armando Editore, 2008.
- [19] Burrai F, Cenerelli D, Sebastiani S, Arcoleo F. Analisi di affidabilità ed esplorazione fattoriale del questionario Clinical Learning Environment of Supervision (CLES). *Scenario*, 2012, 29 (4): 41-47.
- [20] Oriani R. Le competenze relazionali nel gruppo di lavoro. *Rivista L'Infermiere* N°3, 2014
- [21] Benjafield JG. *Psicologia dei processi cognitivi*. Bologna, Il Mulino, 1999.
- [22] Saka N, Itamar G. Emotional and Personality-Related Aspects of Career-Decision-Making Difficulties. *Journal of Vocational Behavior*, 2007, 71: 340-358.
- [23] Lipani S. Strategie, metodi e finalità nella relazione educativa. *Scienze e Ricerche* n. 6, 2015: 36-41
- [24] Hattie J. *Visible Learning. A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. London & New York: Routledge 2009.
- [25] Benetton M. Apprendere dall'errore nella formazione infermieristica di base. *Scenario*, 2007, 24 (4): 25-29
- [26] Comoglio M. la valutazione autentica. *Orientamenti pedagogici*, 2002 49(1): 194- 22.



# L'esperienza vissuta di studenti di medicina italiani in Erasmus: uno studio fenomenologico

Fabrizio Consorti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università Sapienza di Roma - [fabrizio.consorti@uniroma1.it](mailto:fabrizio.consorti@uniroma1.it)

---

## SOMMARIO BREVE

Nonostante molte pubblicazioni internazionali circa i soggiorni Erasmus, sono molto pochi gli studi relativi agli studenti di medicina. Questo studio fenomenologico ha estratto da narrazioni di 12 studenti ritornati da un soggiorno Erasmus quattro temi fondamentali: il viaggio iniziatico come valore in sé, la crescita professionale, le emozioni nell'incontro con la diversità e l'ambivalente dinamica locale-globale.

**Parole chiave:** programma Erasmus, fenomenologia, identità professionale, emozioni, studenti di medicina

**Keywords:** Erasmus program, phenomenology, professional identity, emotions, medical students

---

## SOMMARIO ESTESO

**Background.** The Erasmus program of students' mobility is one of the most successful initiatives of the European Union. Despite the great number of general studies on students' perception about the program and its result, specific studies about medical students are scarce.

**Materials and methods.** Twelve students after their Erasmus stay wrote a narrative report about their experience, according to a suggested sequence of topics derived from theoretical models of culture, adaptation to diversity and inter-cultural competence. The textual data were analyzed according to the Giorgi's phenomenological method.

**Results.** Four themes emerged: the Erasmus stay as an initiation journey, an experience of personal transformation and acquisition of independence; a lived experience of professional development when faced with different organizational settings of healthcare provision and professional role models; the emotions of adaptation, both positive and negative, when faced with diversity; a dynamic dialectic between local and global dimension, home and the world, national and trans-national identity. While the themes of cultural and personal development were present in other studies, the idea of professional development was an original tract of this research.

**Conclusions.** These results have educational implications. An Erasmus stay is always a strong lived experience, that should be prepared and assisted with reflective tools like diaries or a guide to narrative. After their return, students should be given the opportunity to share with their colleagues their experience during formal learning activities, in order to develop a socially built meaning for their stay.

---

## INTRODUZIONE

Il programma Erasmus è attivo dal 1987 e ha fattoviaggiare attraverso l'Europa quasi quattro milioni e mezzo di studenti universitari. Le statistiche indicano che solo nel 2016, ben 34.343 studenti italiani si sono mossi verso 32 Paesi diversi [1]. Il fenomeno è stato così imponente da far nascere l'espressione "generazione Erasmus", intesa come gruppo sociale di giovani cresciuti in un ambiente culturale ad orientamento transnazionale e fortemente identificati con l'Europa [2].

Molti studi sono stati dedicati a descrivere elementi e significati di questo fenomeno, come - solo a titolo di esempio - Byram [3] o Jacobone [4] ma pochi relativi agli studenti di medicina. Una ricerca sul motore bibliografico Pubmed condotta con "Education, Medical"[Mesh] AND ("Erasmus programme" OR "Erasmus exchange" OR "student mobility") ha prodotto solo 4 risultati [5-8] negli ultimi 20 anni. Una ricerca sul database ERIC ha ritrovato 216 articoli, ma nessuno specificamente relativo agli studenti di medicina.

La mobilità Erasmus degli studenti di medicina è un obiettivo strategico per sviluppare non solo il senso di appartenenza europea ma anche le competenze cliniche interculturali e porre le premesse per la mobilità della forza lavoro, elementi indicati da più parti

come fondamentali [9, 10]. È quindi necessario approfondire la conoscenza delle motivazioni, delle dinamiche, del vissuto e degli esiti della mobilità degli studenti nel programma Erasmus, perché esso sia sempre più rispondente ai loro bisogni formativi. La ricerca a indirizzo sociale, psicologico o pedagogico ha messo in luce diversi aspetti dell'esperienza Erasmus, come il guadagno percepito dagli studenti in termini di sviluppo personale, potenziamento culturale e miglioramento delle abilità linguistiche [4]. Un ampio studio condotto su studenti francesi, italiani e inglesi ha dimostrato come coloro che accedono alla mobilità Erasmus sono in media di stato socioeconomico più alto e più aperti alle opportunità lavorative internazionali [11]. Il valore percepito di un'esperienza Erasmus dipende anche dalla nazione di origine. Uno studio condotto su oltre 500 studenti romeni ha evidenziato come anche essi percepissero il programma come un investimento in termini di sviluppo personale e professionale ma non fossero altrettanto convinti di poter spendere in patria le competenze acquisite [12].

Questa ricerca si propone di descrivere il vissuto di esperienza di studenti italiani dopo un soggiorno Erasmus, per come rievocato attraverso testi narrativi. Questo articolo è organizzato in accordo allo standard SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) [13].

## MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta attraverso l'analisi fenomenologica di testi scritti, eseguita secondo il metodo di Giorgi [14]. Lo scopo fondamentale dell'approccio fenomenologico è la descrizione di un'esperienza vissuta, colta attraverso la sua espressione verbale nei testi di narrazioni o interviste. La scelta di questo approccio è motivata dall'interesse di esplorare il vissuto degli studenti, così da poter far emergere indicazioni, ancorché preliminari, delle dimensioni attraverso cui essi stessi hanno elaborato la loro esperienza di soggiorno. A questo scopo l'uso delle narrazioni è fondamentale, in quanto dispositivo in grado di innescare processi di elaborazione, comprensione e interpretazione delle esperienze vissute. I testi sono stati letti consecutivamente e più volte, per ottenere la cosiddetta "immersione", cioè una comprensione globale del senso e la graduale emergenza dei diversi temi nella percezione dello sperimentatore, attraverso l'esperienza della lettura. Successivamente, in modo più analitico, nei testi sono state identificate le "unità di significato", cioè frasi o parti di esse che veicolano un significato unico, nel contesto dello scopo della ricerca (qual è il contenuto di coscienza che lo studente sta esprimendo in questa unità?). Ogni unità viene connotata con un'etichetta sintetica, una parola o una breve espressione. Attraverso

più cicli di analisi le etichette vengono ricondotte per astrazione a temi principali, eventualmente contenenti sotto-temi.

## PROSPETTIVA TEORICA

Nella progettazione di questa ricerca sono state considerate tre prospettive teoriche: la definizione di "cultura" formulata da Edward Tylor [15], i costrutti di adattamento e aggiustamento secondo Matsumoto e Hwang [16] e il modello di competenza interculturale di Campinha-Bacote [17].

Nel suo fondamentale testo del 1871, Tylor definisce la cultura in questo modo: "La Cultura o Civilizzazione, presa nel suo senso etnografico ampio, è quell'insieme complesso che include conoscenze, credenze, arti, norme morali, leggi, costumi e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisite da un essere umano come membro della società". L'adattamento è definito come il processo di cambiare il proprio comportamento in risposta all'ambiente, alle circostanze o alla pressione sociale, mentre l'aggiustamento è l'esperienza soggettiva associata con l'adattamento (variazioni di umore e di auto-stima, livello di consapevolezza, stress, influenza sulla salute).

Da ultimo, il modello di Campinha-Bacote si fonda sui 5 costrutti di consapevolezza dei propri pregiudizi, abilità di comunicazione con persone di culture diverse, conoscenza delle culture, esperienza attiva di incontro e

motivazione all'impegno di acquisizione della competenza interculturale.

### CONTESTO E CAMPIONAMENTO

La ricerca è stata condotta sui 12 studenti del corso di laurea C in Medicina, Facoltà di Medicina e Odontoiatria dell'Università Sapienza di Roma, che sono stati selezionati per un soggiorno Erasmus nell'anno accademico 2016-17. La selezione è avvenuta tramite la creazione di una graduatoria a punteggio, sulla base dei voti curriculari e della conoscenza certificata di una lingua straniera. Inoltre, tutti gli studenti hanno partecipato a un colloquio, volto ad esplicitare le motivazioni per la richiesta di partecipazione. Il colloquio non costituiva criterio di selezione ma possibile filtro di esclusione.

Tutti gli studenti sono stati contattati al loro ritorno dal soggiorno, con un breve messaggio via e-mail in cui si spiegava natura e scopo della ricerca e si chiedeva il loro consenso alla partecipazione e al trattamento

anonimizzato delle risposte.

### METODO DI RACCOLTA DEI DATI E UNITÀ DI STUDIO

Sulla base delle premesse teoriche citate in precedenza, è stata elaborata una guida alla scrittura di testi riflessivi e narrativi, articolata in 10 domande che facilitassero una narrazione non superficiale ma significativa e possibilmente ricca di dettagli (vedi tabella 2). Si è preferita la forma scritta per la raccolta dei dati sperimentali perché il ricercatore - autore dell'articolo - è molto noto agli studenti, essendo il responsabile accademico per la mobilità Erasmus nonché loro docente di materia clinica. Si è ritenuto che uno scritto potesse lasciare più autonomia e libertà nelle risposte, rispetto ad un colloquio viso a viso, specie se registrato.

Hanno aderito alla proposta 12 studenti (vedi tabella 1), che hanno prodotto in totale 25 pagine di testo.

Sesso:	Anno di corso	Paesi di soggiorno
6 uomini	3° (2 stud),	Belgio, Francia (2), Germania, Honduras, Portogallo, Romania, Spagna (2), Ungheria, UK (2). Il soggiorno in Honduras è stato condotto nell'ambito del programma Erasmus Mundus.
6 donne	4° (3 stud)	
	5° (5 stud)	
	6° (2 stud)	

**Tabella 1.** Composizione del campione

Questa breve "intervista" scritta intende esplorare la tua **percezione** dell'apprendimento avvenuto durante la tua esperienza di Erasmus relativamente a due dimensioni:

- la cosiddetta "**competenza inter-culturale**": intesa come la capacità di riconoscere e rispondere adeguatamente alle differenze culturali delle persone proven da paesi diversi al proprio
- i **domini generali di competenza** in cui secondo te hai avuto un apprendimento maggiore

Ti pregherei di rispondere con brevi risposte scritte, su questo stesso file word, aumentando gli spazi tra le domande per quanto ti serve e poi di inviarmelo per posta elettronica a:

[fabrizio.consorti@uniroma1.it](mailto:fabrizio.consorti@uniroma1.it)

Le tue risposte saranno oggetto di analisi tematica e utilizzate esclusivamente ai fini di questa ricerca, in forma anonima. Conserverò il file avendo eliminato ogni riferimento personale o di circostanze (luoghi, tempi) che possano condurre all'identificazione

1. In quale Paese europeo hai svolto il tuo soggiorno Erasmus?
2. Quali difficoltà hai avuto – se ne hai avute – ad adattarti al modo comune di vivere del paese in cui ti trovavi (usi sociali, cibo, orari, clima, ...)? Racconta un episodio.
3. Quanta fatica ti è costata adattarti al modo di vivere del paese in cui ti trovavi? Hai provato emozioni particolari connesse a questo processo di adattamento?
4. Che influenza ha avuto nell'esito della tua esperienza Erasmus la conoscenza della lingua del paese? diresti di averne migliorato la tua conoscenza?
5. Hai avuto modo di conoscere opere d'arte del paese? Se sì, racconta come.
6. Hai avuto modo di conoscere qualcosa delle leggi del paese? Se sì, racconta come.
7. Durante il tuo soggiorno, hai percepito il manifestarsi in te di preconcetti nei confronti delle persone del paese? Se sì, quali? Puoi raccontare un episodio?
8. In quale dominio di competenza diresti di aver avuto l'apprendimento maggiore?
9. Era quello che ti aspettavi prima di partire? Se sì, cosa ha facilitato il raggiungimento degli obiettivi formativi? Se no, cosa lo ha ostacolato?
10. Come motiveresti un tuo amico ad andare (o a non andare) in Erasmus?

**Tabella 2.** Le domande guida per la compilazione dei testi

## ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è stata eseguita su blocchi di tre testi alla volta, per consentire un processo progressivo di creazione delle etichette e la loro successiva astrazione in temi. Gli ultimi testi non hanno indotto la creazione di nuove etichette, per cui non si è ritenuto di dover proseguire con la raccolta di ulteriori testi, allargando la ricerca a studenti di altri corsi di laurea. Il processo di codifica delle unità di significato e di astrazione dei temi è stato eseguito attraverso l'aiuto del software Nvivo, su cui i testi sono stati caricati in modo anonimizzato. Il ruolo del software è stato quello di registrare l'accoppiamento fra etichetta e unità di significato, consentendo un più agevole ordinamento delle unità, semplificandone il confronto e i successivi passi di astrazione e accorpamento nei temi e sotto-temi.

Per garantire l'affidabilità, i primi risultati dell'analisi sono stati discussi informalmente con alcuni studenti non coinvolti nel programma Erasmus e poi presentati e discussi durante un meeting di Facoltà dedicato alla formazione interculturale. Ciò ha consentito un ulteriore affinamento dell'analisi, fino alla sua forma finale, presentata nella sezione seguente.

## RISULTATI

L'analisi dei 12 testi ha fatto emergere 4 temi principali:

1. L'esperienza Erasmus come "viaggio iniziatico"
2. La scoperta di ruoli professionali e modelli organizzativi
3. Le emozioni connesse con aggiustamento e scoperta
4. L'antinomia locale/globale

In questa sezione verranno descritti i temi e - quando pertinente - i loro sotto-temi. I risultati sono illustrati con alcune citazioni estratte dai dati testuali, indicate con il numero progressivo del testo.

### *1. L'esperienza Erasmus come "viaggio iniziatico"*

In molti dei testi compare l'idea che l'esperienza vissuta in Erasmus non sia tanto quella di un "soggiorno" ma quella di un viaggio, il cui esito è quello di cambiarti intimamente, a somiglianza dei "viaggi iniziatici" di cui sono ricche le grandi narrazioni epiche e letterarie, come l'Odissea o la Divina Commedia.

C'è una partenza, difficile, e un ritorno in cui le cose acquistano un'altra prospettiva e la paura dell'ignoto, in dialettica con la speranza del successo, si trasformano rapidamente nella nost-algia, il "dolore del ritorno":

"Parti un po' spaventato, ma con tanta speranza. Torni con le lacrime agli occhi, lacrime perché stai andando via da lì..."  
(stud 1)

È un viaggio “iniziatico”, perché traghetta in un'altra dimensione, facendo dello studente un adulto, consentendogli di ricomporre una nuova immagine di sé e del mondo:

“Credo che in una società come la nostra ritrovare la propria unicità, un pezzetto alla volta, in ogni viaggio-percorso che si fa, sia fondamentale.” (stud 2)

“Soprattutto per quelli che non hanno mai vissuto da soli prima, rappresenta una sorte di “ponte” fra la giovinezza e la vita da adulto, uno step che può aiutarti a crescere e ad affrontare la vita in modo migliore” (stud 10)

## *2. La scoperta di ruoli professionali e modelli organizzativi*

Una componente importante delle narrazioni ha riguardato la scoperta di nuovi modelli di ruolo professionale ed organizzativi sanitari. In termini di esperienza vissuta, questa conoscenza ha portato con sé vissuti di aumentata sicurezza, consapevolezza della propria vocazione e gradimento per alcuni modelli organizzativi, soprattutto connessi col lavoro in team.

I risultati sono suddivisi in tre sotto-temi:

### *2a. Sicurezza di sé come giovani professionisti*

Molte sono state le espressioni di un aumento di sicurezza in sé stessi, non solo

come persona ma come giovane professionista

“Oggi, in Italia, nel mio internato per la tesi, i pazienti mi chiamano “dottorossa” e non per le mie capacità tecniche o nozioni cliniche, ma per il fatto che mi approccio a loro come si dovrebbe, assicurandoli o spiegandogli al meglio cosa “gli sta succedendo”. Ho imparato ad essere autonoma e a pormi in maniera professionale.” (stud 5)

### *2b. Esplorazione della propria vocazione e dei propri limiti*

Durante il soggiorno Erasmus gli studenti sono stati esposti a modalità formative diverse da quelle italiane, con una preponderanza dell'attività pratica sull'acquisizione teorica. Ciò è stata occasione per una riflessione sul proprio futuro professionale

“Ho avuto la possibilità di fare molta pratica in ospedale, ho avuto modo di capire maggiormente ciò che mi appassiona. Studiare sui libri non ci fa rendere conto spesso del tipo di lavoro che si andrebbe effettivamente a fare.” (stud 3)

“Anche quest'aspetto, gestione delle emozioni e relazione con il paziente, non posso dire di essere cresciuto, perché sono sorti più dubbi di prima, ma certamente è stata un continuo esercizio di auto-riflessione” (stud 7)

### 2c. Modelli di ruolo, struttura e funzione dei sistemi sanitari locali

Molti studenti hanno riferito circa le loro reazioni al contatto con modelli organizzativi diversi da quelli a cui erano abituati, per esprimere gradimento o sorpresa:

“A livello della pratica clinica, si fa parecchia leva sullo sviluppo delle soft skills riguardanti il team working, si è coinvolti fin da subito, persino lo studente è considerato un tassello della complessa macchina di reparto e tutti ne sono consapevoli e rispettosi, dal primario all’ausiliario, e devo dire che ciò ha contribuito alla soddisfazione per la mia attività di studio nonché ad incrementare la stima in me stesso” (stud 4)  
 “Comunicazione efficace, team working, rapporto medico-paziente perché nel Regno Unito ti buttano a lavorare a tutti gli effetti e parli obbligatoriamente con i pazienti tutti i giorni” (stud 2)

“Frequentando l’ospedale assiduamente, ho avuto modo di conoscere l’organizzazione e la legislazione sanitaria spagnola abbastanza da vicino, notandone i punti di forza e di debolezza.” (stud 4)

### 3. Le emozioni dell’aggiustamento e della scoperta

Vengono riferite una molteplicità di emozioni e vissuti, positivi e negativi, connessi con le esperienze di vita quotidiana, con

l’impatto con la quotidianità o le difficoltà dell’adattamento/aggiustamento o infine col processo di cura. Nella tabella seguente sono riassunte le emozioni dichiarate, insieme ai contesti a cui sono state riferite. Seguono alcuni esempi di frasi estratte dalle narrazioni.

Emozioni e vissuti negativi	Emozioni e vissuti positivi
Paura: di viaggiare, di uscire dalle sicurezze	Sorpresa: per la facilità di adattamento
Rabbia: per le ingiustizie osservate	Esperienza del bello: naturale, artistico e culturale (la musica, i musei)
Tristezza: per la fine dell’esperienza, per il clima atmosferico	Gioia e divertimento: nell’incontro con altri studenti di altri paesi
Fatica: per i tempi, per le barriere linguistiche	Entusiasmo: per l’esperienza vissuta
Disgusto: per la sporcizia degli alloggi, per il cibo	

“Ti cambia il mood con cui affronti i viaggi, ti rende avvezzo a comprare i biglietti dell’aereo e ti porta via l’ansia del check-in, del “fuori Italia” e addirittura ti cancella la paura del cambio di moneta! ☹” (stud 1)

“E’ la musica flamenca che mi ha innamorato e che ho iniziato a suonare l’anno scorso grazie ad alcuni ‘gitanos’ che mi hanno iniziato alla loro arte” (stud 11)



“Certo sono tornato con molta rabbia e frustrazione, per l'ingiustizia sociale in quel Paese (che con nuova luce mi ha permesso di vederla meglio anche in altri contesti già noti), per l'impotenza verso forti determinanti di salute. Volevo conoscere un pezzo di mondo diverso, molto diverso dal mio contesto, e sicuramente è stata un'esperienza fortissima” (stud 7)

#### *4. La relazione dinamica fra locale e globale*

Un ultimo tema emerso è la ricorrente antinomia fra la dimensione del “locale” e quella del “globale”, tra il “qui ed ora” e il senso più generale dell'esperienza vissuta. L'accresciuta conoscenza della cultura locale è stata percepita anche come rinforzo del senso di appartenenza alla comunità italiana, talora in modo critico.

“Tutti i miei preconcetti sono stati smentiti. I rumeni sono persone meravigliose” (stud 1)

“E quando si torna in Italia ci si rende conto anche di ciò che caratterizza noi, popolo italiano: siamo estremamente disorganizzati e mettiamo gli interessi personali al di sopra del bene comune.” (stud 3)

“Sono partita credendo che gli italiani non fossero ben visti all'estero (soprattutto in

Francia), invece ho scoperto, con gran sorpresa, che siamo molto amati. Agli occhi dei francesi siamo cuochi perfetti, il popolo più caloroso ed espansivo, il più simpatico e divertente ... nonché ritardatari (ahimè quello è vero!)” (stud 5)

Un'altra modalità della stessa tensione dialettica si esprime nel passaggio del paese di arrivo da “non-luogo” a “casa”. Ma la nuova casa è grande “come il mondo”.

“All'inizio sei completamente solo in un posto che non conosci, alla fine quel posto diventa casa” (stud 3)

“Se hai grinta, voglia di imparare ad adattarti velocemente al nuovo ed aprirti senza pregiudizi a tutto ciò che in sei mesi/ un anno può capitarti, se sei pronto a mettere in discussione te stesso, beh, parti e potrai realmente sperimentare come ci si sente ad essere cittadini del mondo.” (stud 4)

“Finché non si vede un altro contesto non si aprono gli occhi sul mondo. E il mondo, abitato dall'umanità intera, con tutte le sue diversità e pur connessa tutta dalla stessa globalizzazione, è lo spazio dove deve essere esercitata la scienza (in particolare quella medica) e la nostra cittadinanza” (stud 7).

## DISCUSSIONE

I testi prodotti mostrano che il soggiorno Erasmus è stato vissuto come una esperienza intensa, momento forte di crescita personale, culturale e professionale. Ciò è coerente con quanto indicato da altre ricerche, sia per quello che riguarda le doti personali di autonomia che quelle professionali, che sembrano più tipiche degli studenti di medicina. In questa sezione verranno comparati i risultati di questa ricerca con quelli delle altre ricerche indirizzate agli studenti Erasmus di medicina. La discussione verrà poi allargata ad altri studi più generali.

In un breve testo, nella forma di una lettera ai colleghi, Michael Corr [5], uno studente, scrive che il beneficio di un soggiorno Erasmus per uno studente in medicina ricade nelle tre categorie della crescita culturale, personale e professionale. In un'altra lettera la studentessa di Cardiff Laureen O'Donnell [7] riconosce il grande valore di essere obbligati a non usare l'inglese, sperimentando nella difficoltà linguistica la stessa vulnerabilità di un paziente straniero. Una ricerca condotta in Slovenia con metodi misti quali-quantitativi [8] ha evidenziato come lo scambio Erasmus offra l'opportunità di conoscere le modalità organizzative delle cure primarie in un altro paese e di compararlo col proprio. Il soggiorno consente anche di accrescere le competenze linguistiche e di

comunicazione interpersonale. L'ultimo articolo ritrovato e relativo a scambi internazionali per studenti di medicina [6] riguarda i benefici attesi e gli ostacoli temuti da studenti neozelandesi, come espressione della loro attitudine a studiare all'estero. Il contesto è molto particolare, a motivo della segregazione geografica della Nuova Zelanda, e non riguarda il programma Erasmus, tuttavia è significativo che - in analogia ai risultati di ricerche condotte su studenti Erasmus - tra i benefici attesi prevalga quello legato all'esposizione ad altre culture e all'opportunità di verificare la fattibilità di andare a vivere in un altro paese.

In un ampio studio quantitativo condotto su 505 studenti non medici dell'Università di Bari [4] il guadagno a seguito di un soggiorno Erasmus è stato espresso soprattutto in termini di competenza culturale e linguistica, nonché di sviluppo personale, senza menzione di un guadagno in termini professionali. Questa differenza con i nostri risultati ha probabilmente a che fare con l'impronta fortemente professionalizzante del corso di laurea in medicina, che rende gli studenti particolarmente sensibili anche ai temi dello sviluppo professionale. Una ricerca ancora più ampia, condotta con metodo misto quali-quantitativo [18] su oltre 3500 studenti europei che hanno

partecipato al programma Erasmus ha identificato 5 criteri principali di successo percepito dell'esperienza: diventare più indipendenti, acquisire un'altra prospettiva sul modo in cui le cose vanno nel proprio paese, poter interagire con persone di origini differenti, diventare più sicuro di sé, migliorare le capacità linguistiche. Rispetto ai nostri dati, ritroviamo quindi soprattutto gli elementi di crescita personale e culturale, così come torna il tema di una miglior comprensione della realtà del proprio paese.

Questo ultimo tema merita un approfondimento, poiché il programma Erasmus ha ricevuto critiche proprio riguardo la possibilità che attraverso di esso si indeboliscano le identità nazionali, concorrendo a creare una generazione tendenzialmente apolide [19]. Tuttavia, altre ricerche hanno dimostrato che un soggiorno Erasmus crea un senso di comunità fra europei che non contraddice le identità nazionali [20]. Il significato del costrutto di "identità" è complesso e molto dibattuto. Oborune [21] descrive tre approcci principali: quello strutturale-universalistico, quello sociologico e quello psico-sociale. Il termine identità può inoltre far riferimento all'identità sociale, culturale o collettiva. La difficoltà di definire il costrutto può spiegare i risultati contrastanti tra ricerche diverse relative alla condizione

di partenza: Sigalas [20] non trova differenze significative tra studenti candidati all'Erasmus e non nell'atteggiamento multiculturale e nel senso di appartenenza europea, mentre per Oborune [21] gli studenti candidati Erasmus hanno già un'auto-identificazione europea più forte degli studenti che non si propongono per programmi di mobilità. I nostri dati, pur nella loro natura narrativa e idiografica, sono coerenti con una visione non contraddittoria tra senso di appartenenza locale e visione globale. Inoltre, il tema del viaggio - così potente nelle narrazioni raccolte - introduce una caratterizzazione fortemente dinamica legata all'esperienza stessa per cui, quale che sia l'identità di ingresso, ciò che conta è il viaggio, alla fine del quale non si è più gli stessi [22].

Le emozioni dichiarate variano per l'intera gamma delle emozioni primarie [23] e sono soprattutto legate all'impatto con le barriere culturali e linguistiche. Lo sviluppo delle competenze interculturali e linguistiche sono particolarmente rilevanti per i medici del prossimo futuro [9], anche in Italia. In una ricerca sui bisogni di formazione interculturale per le cure palliative [24] la barriera linguistica è risultata l'ostacolo maggiore. Una quota crescente di laureati italiani lavorerà all'estero [25] e vanno preparati: gli Erasmus sono i candidati più probabili [26].

Questa ricerca ha alcuni limiti, tra cui quello legato alla scelta metodologica. In quanto ricerca qualitativa, i risultati hanno valore idiografico e non possono essere generalizzati, tuttavia si sono dimostrati coerenti con altre ricerche quantitative, illuminando anzi un aspetto - quello della crescita professionale - non evidente in altri studi. Anche la scelta dell'approccio fenomenologico reca con sé alcuni limiti, tra cui quello di non essere orientato a costruire una teoria che possa poi essere un riferimento, come fa la grounded theory, ma solo di sintetizzare un'esperienza vissuta. Considerato il punto di vista specificamente educativo che questa ricerca si propone, è sembrato però opportuno mettere al centro dell'attenzione il vissuto degli studenti, per derivarne indicazioni per la formazione. Un ulteriore limite deriva dalla modalità di selezione del gruppo di studio: a causa dei criteri di formulazione della graduatoria per l'accesso alle borse di studio Erasmus, gli studenti intervistati erano tutti in regola con gli esami e avevano una carriera curriculare caratterizzata da voti alti. Si tratta quindi di un sottogruppo particolare e non si può escludere che intervistando studenti con situazioni curriculari diverse non sarebbero emersi altri temi. Al momento questo limite appare insuperabile, così come impossibilità di analizzare separatamente studenti dei diversi anni di corso, data la dimensione

ridotta del gruppo di studio. Analogo discorso può essere fatto circa l'esplorazione del possibile diverso valore di un'esperienza extra-europea come quella vissuta dallo studente andato in Honduras. Questi limiti sono in parte giustificati dalla natura esplorativa della ricerca, i cui risultati possono costituire il fondamento di una ricerca più ampia, basata su mixed methods quali-quantitativi.

## CONCLUSIONE

Questa ricerca ha identificato all'interno dell'esperienza vissuta di un soggiorno Erasmus i quattro temi del viaggio iniziatico come valore in sé, della crescita professionale, delle emozioni nell'incontro con la diversità e della ambivalente dinamica locale-globale. Questi temi si prestano a rilevanti sviluppi educativi e sul piano didattico suggeriscono a mio avviso almeno due linee di azione:

1. I risultati di questo studio sono stati ottenuti sollecitando la riflessione degli studenti attraverso domande guida. Sembra importante che l'esperienza Erasmus sia preparata equipaggiando gli studenti in partenza non solo dei documenti formali necessari al piano di studi (il Learning Agreement) ma anche di una guida (Vedi allegato 1) alla riflessione, un diario con suggerimenti per la compilazione, affinché l'esperienza vissuta sia

accompagnata da un resoconto e da una presa di coscienza.

2. l'esperienza Erasmus dei partecipanti va condivisa con gli altri studenti all'interno di spazi didattici ad hoc, come ad esempio Attività Didattiche Elettive, nelle quali possa avvenire la restituzione dell'esperienza e una sua elaborazione sociale

Sul piano accademico e formativo, non può sfuggire il forte gradimento espresso da molti studenti per le attività pratiche di tirocinio vissute all'estero. Ciò deve indurre a valorizzare i tirocini curriculari dei nostri corsi di laurea attraverso un'adeguata organizzazione ed assistenza alla riflessione critica sull'esperienza vissuta.

Sul piano della ricerca, bisognerebbe aumentare la conoscenza relativa agli esiti formativi che un soggiorno Erasmus produce negli studenti di medicina e delle altre professioni sanitarie, pianificando ricerche più ampie e con diversi orientamenti metodologici. Ciò consentirebbe di integrare in maniera più armonica e consapevole quest'attività nell'intero percorso curriculare e di rispondere - dati alla mano - alle accuse talora rivolte al programma Erasmus di essere solo occasione di svago e distrazione dal vero studio.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) European Commission, & Directorate-General for Education, Sport and Culture. Erasmus+ annual report 2016 statistical annex: enriching lives, opening minds. Bruxelles, 2017.
- 2) Bettin Lattes G., Bontempi M. Generazione Erasmus? L'identità europea tra vissuto e istituzioni. Firenze: Firenze University press, 2008.
- 3) Byram M., Dervin F. Students, staff and academic mobility in higher education. Newcastle: Cambridge Scholars, 2008.
- 4) Jacobone V., Moro G. Evaluating the impact of the Erasmus programme: skills and European identity. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 2015, 40(2):309–328.
- 5) Corr M. So you want to be an Erasmus Medical Student? *The Ulster Medical Journal*, 2016, 85(1): 60–61.
- 6) Doyle S., Gendall P., Meyer LH., Hoek J., Tait C., McKenzie L., Looiparg, A. An investigation of factors associated with student participation in study abroad. *Journal of Studies in International Education*, 2010, 14(5):471–490.
- 7) O'Donnell L., Seal S. ERASMUS for medical students. *Medical Teacher*, 2016, 38(10): 1073.
- 8) Rotar-Pavlič D. Erasmus exchange in the field of family medicine in Slovenia. *Acta Medica Academica*, 2012, 41(1), 47–51.

- 9) Stegers-Jager K., Themmen A. Dealing with diversity in medical education. *Medical Education*, 2013, 47(8): 752–754.
- 10) Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*, 2018, 122(2):87–93.
- 11) Ballatore M., Ferede M. The Erasmus Programme in France, Italy and the United Kingdom: student mobility as a signal of distinction and privilege. *European Educational Research Journal*, 2013, 12(4): 526-533.
- 12) Salajan F., Chiper S. Value and benefits of European student mobility for Romanian students: experiences and perspectives of participants in the ERASMUS programme. *European Journal of Higher Education*, 2012, 2(4): 403–422.
- 13) O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 2014, 89(9):1245-1251.
- 14) Giorgi A. *Psychology as a human science: a phenomenologically based approach*. New York: Harper and Row, 1970.
- 15) Tylor EB. *Primitive culture. Researches into development of mythology, philosophy, religion, language, art and customs*. London: Murray J. eds, 1871.
- 16) Matsumoto D., Hwang HC. Assessing cross-cultural competence: a review of available tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2013, 44(6):849-873.
- 17) Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J of Transcultural Care*, 2002, 13(3):181-184.
- 18) Asoodar M., Reza Atai M., Baten L. Successful erasmus experience: analysing perceptions before, during and after Erasmus. *Journal of Research in International Education*, 2017, 16(1):80–97.
- 19) Huisman J., Van Der Wende M. The EU and Bologna: are supra- and international initiatives threatening domestic agendas? *European J of Education*, 2004, 39(3):349-357.
- 20) Sigalas E. Remaining proud of their national identity, yet uniting ever more closely? The Erasmus students as the role model European citizens. 6th Biennial Conference of ECSA-C. Victoria, B.C. Canada: 19-20 May 2006, pp. 1-29
- 21) Oborune K. Becoming more European after ERASMUS? The Impact of the ERASMUS Programme on Political and Cultural Identity. *Epiphany*, 2013, 6(1): 182-202.
- 22) Cambi F. *Il viaggio come esperienza di*

- formazione. Tra diacronia e sincronia. Studi sulla formazione, 2011, 2:149-171.
- 23) Ekman P., Friesen W. Giù la maschera. Come riconoscere le emozioni dall'espressione del viso. Bologna: Giunti, 2007.
- 24) Consorti F., Walraven RM. Cultural competent care: educational needs of junior doctors in palliative care for ethnic groups. Tutor, 2015, 15(2):13-20.
- 25) Bertinato L., Glinos IA., Boscolo E., Ciato L. Oversupplying doctors but seeking carers: Italy's demographic challenges and health professional mobility. In: M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras Eds. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. Observatory Studies Series 23. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
- 26) Parey M, Waldinger F. Studying abroad and the effect on international labour market mobility: evidence from the introduction of ERASMUS. The economic journal, 2011, 121(551):194-222.

# Slow Medical Education: Il “tempo giusto” per apprendere a curare



Questo numero di Tutor riporta gli *abstract* delle comunicazioni e dei poster presentati durante le due intense giornate del 19° Congresso nazionale della SIPeM tenutosi a Napoli dal 8 al 9 novembre 2018 ed è intitolato: “Slow Medical Education, il tempo giusto per apprendere e curare”.

Il Congresso è stato dedicato al tempo in una prospettiva “*slow*”. A partire dal dibattito internazionale che ha visto l'emergenza

di un nuovo orientamento verso la formazione e la clinica, in cui si enfatizzano il valore della riflessione lenta e pensosa, del dialogo, dell'apprezzamento, dell'interazione e della comprensione umana, il Congresso ha avuto come obiettivo l'apertura di uno spazio di confronto interdisciplinare ed interprofessionale sul ruolo che esperienze di apprendimento “*slow*” possono avere nel curriculum formativo e nello sviluppo professionale di chi opera nei contesti di cura.

Sono state passate in rassegna esperienze varie di apprendimento, che - identificate e rivisitate all'interno di un circuito riflessivo - si pongano come modello implicito di *hidden curriculum* e consentano ai professionisti di ridefinire le loro pratiche professionali secondo modelli e schemi alternativi, rispettose dei tempi di un buon processo di cura.



# Per una formazione che insegni a sostare nell'esperienza di formazione e di cura.

Micaela Castiglioni<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professore Associato Educazione degli adulti e degli anziani e Educazione Permanente e degli adulti. Università degli Studi di Milano Bicocca

Ci ricorda Heidegger in *Essere e Tempo* come “l'esistere autentico abbia sempre tempo a disposizione”, “poiché il tempo è *orientato* dal sé” che in questo modo trova e mantiene il proprio senso – in una reciprocità di rinvio – “non perdendo il significato e pertanto non smarrendosi nell'accelerazione del tempo frammentato” e segmentato in una “successione continua di eventi” e di esperienze che non ci permettono di *avere esperienza* come, direbbe Jedwloski, riprendendo, a sua volta, Benjamin<sup>1</sup>. Non è sicuramente l'esperienza del “tempo a disposizione”, della “pienezza del tempo” situata anche nell'“attimo” come manifestazione della “presenza” e dell'“attenzione”, ossia, del “ci sono” fenomenologico”, quella che fanno i curanti e i loro pazienti nei reparti delle nostre aziende ospedaliere, e quella che fanno i futuri medici o infermieri, nonché i professionisti della cura già in servizio, rispettivamente all'interno della formazione di base o di quella continua. Sia la formazione universitaria sia quella in servizio sono infatti eccessivamente lontane dal “sostare” “presso le cose”, per dirla sempre con Heidegger. Nel nostro caso, si tratta dell'esperienza di formazione dei curanti e di cura dei pazienti. Ma per abitare l'esperienza è necessario “un fermo” (Byung-Chul Han, 2017, p.84), una pausa, un'interpunzione nella successione frenetica degli eventi, ossia, nell'accelerazione dell'agire di cura così come nell'eccesso di tecnicizzazione e di soli contenuti scientifico-disciplinari della formazione medica. Senza “fermo” che conferisce continuità e “solidità” all'esperienza temporale, al sé, all'esperienza che ognuno di noi fa di sé e di sé in relazione alla cosa e all'altro, l'esperienza stessa e il sé stesso precipitano, smarriscono se, non perfino, perdono il significato. E sappiamo bene come la perdita di

senso sia all'origine del disagio adulto, in particolare, degli adulti che svolgono un lavoro di cura. A questo punto, è inevitabile il riferimento al paradigma formativo narrativo-autobiografico e autoriflessivo che poggia su quel “fermati e pensa” di Arendt.

La pausa è una pausa dell'agire e nell'agire, è un'interrogazione rivolta alla routinarietà frettolosa del pensiero e della pratica che rischia di non far parlare e di non ascoltare l'accadere singolare, specifico e puntuale dell'esperienza di malattia e di cura.

Di qui, la necessità di una formazione che rivaluti la pausa premessa indispensabile al pensare, non sempre e solo subito operativo e protocollato. Dentro questo dispositivo formativo, le dimensioni temporali dell'"esitazione" e dell'"attesa", così come, la postura della "pazienza", non hanno una cifra negativa, "[...] ma al contrario, hanno il compito di fondare una relazione positiva con ciò che si sottrae a ogni presente disponibile" (Byung-Chul Han, 2017, p.87).

Più nello specifico, "[...], l'attesa [...], designa il rapporto con ciò che si sottrae a ogni forma di calcolo. Anche l'esitazione non significa indecisione, ma è un rapporto con ciò che si sottrae a ogni presa risoluta [...]" (*Ibidem*). Fare posto a questo tempo e assumere la postura della pazienza significa per i curanti e per quanti si occupano della formazione dei futuri professionisti della cura assumere un'opzione epistemologoscientifica, operativa e procedurale, di tipo *soft*. Ci chiediamo, a questo punto, se sia realisticamente ipotizzabile una formazione di questo tipo che possa incidere sul tempo organizzativo nei luoghi di cura. La nostra risposta è affermativa, ovviamente consapevoli che ciò implichi un profondo e radicale mutamento di forma mentis a più livelli, tra i quali sicuramente quello politico-istituzionale dentro un più ampio e profondo ripensamento del progetto societario di salute, di benessere e di cura. Del resto, la cura non può non avere una valenza etico-politica come ci ricorda Mortari (2015).

### **Bibliografia**

Arendt A., *Vita activa* (1958), tr.it., Bompiani, Milano, 1989.,

Byung-Chul Han., *Il profumo del tempo. L'arte di indugiare sulle cose*, Vita e Pensiero, Milano, 2017.

Heidegger M., *Essere e Tempo* (1927), tr.it., Longanesi, Milano, 1976.

Jedwloski P., *Storie comuni. La narrazione nella vita quotidiana*, Bruno Mondadori, Milano, 2002.

Mortari L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

# La medicina narrativa nella formazione dello specializzando in Pediatria

*Clara Coppola<sup>1</sup>, Francesco Nunziata<sup>2</sup>, Alfredo Guarino<sup>3</sup>, Isabella Continisio<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> medico--- chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [claracoppola18@gmail.com](mailto:claracoppola18@gmail.com)

<sup>2</sup> medico--- chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [franc.nunziata@gmail.com](mailto:franc.nunziata@gmail.com)

<sup>3</sup> Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Infettivologia Pediatrica, AOU Policlinico Federico II, Napoli - [alfguari@unina.it](mailto:alfguari@unina.it)

<sup>4</sup> Psicologa Psicoterapeuta, CRR HIV Pediatrico, Responsabile Ufficio Formazione Unico, AOU Federico II, Napoli - [continis@unina.it](mailto:continis@unina.it)

**Introduzione:** la medicina narrativa viene proposta in alcuni programmi di formazione con lo scopo di implementare l'empatia ed una formazione più profondamente umanistica. Gli Specializzandi in Pediatria del primo anno hanno svolto un percorso formativo volto all'acquisizione di competenze narrative e all'esercizio delle stesse mediante la raccolta di interviste semi-strutturate rivolte agli attori del processo di cura (medici, infermieri, genitori e pazienti). Si è successivamente valutato l'impatto emotivo sugli assistenti in formazione (AIF), in relazione all'esperienza vissuta nel raccogliere tali storie.

**Materiali e metodi:** 22 AIF in Pediatria del primo anno sono stati inseriti in un laboratorio comunicativo interattivo, nell'ambito del quale sono state illustrate le fondamenta teoriche della NBM e forniti strumenti di comunicazione da utilizzare durante la raccolta delle storie. Successivamente, altri AIF più esperti degli anni successivi per 12 mesi hanno raccolto narrative da genitori di bambini ricoverati con malattie croniche, dai bambini stessi, dai medici e dalle infermiere coinvolte nella loro assistenza. Durante il percorso, gli specializzandi hanno compilato dei "diari di bordo", ovvero diari in cui soggetto descrive, in forma di narrazione libera, tutte le informazioni ritenute rilevanti per la ricerca, in particolare le impressioni e le sensazioni provate durante le interviste.

**Risultati:** dalla lettura dei diari di bordo degli AIF, è emersa una gamma ampia di sensazioni ed emozioni, modificatesi durante il percorso. Mentre all'inizio dell'esperienza prevalevano sensazione di dubbio, incertezza e timore nei confronti di un'esperienza nuova (es. "mi imbarazza trovarmi di fronte a una persona e chiederle di raccontarmi la sua storia"), nel corso del tempo, gli AIF hanno raggiunto una maggiore consapevolezza ("mi sembra di

creare feeling maggiore con il mio paziente”), fino poi ad arrivare ad una sensazione di crescita professionale e personale in particolare nel campo delle medical humanities.

**Conclusioni:** l’acquisizione di tecniche di medicina narrativa ha influenzato positivamente l’esperienza formativa degli AIF, implementando le loro competenze comunicative, relazionali, di ascolto, di empatia. Tali abilità hanno determinato non solo la crescita professionale, ma anche umana del gruppo.

# Formazione esperienziale e interventi di digital storytelling in contesti educativi e sociosanitari

*Alastra Vincenzo<sup>1</sup>, Barbara Bruschi<sup>2</sup>, Melania Talarico<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Formazione e Sviluppo Risorse Umane. Azienda Sanitaria Locale Bi - Biella.  
[vincenzo.alastra@aslbi.piemonte.it](mailto:vincenzo.alastra@aslbi.piemonte.it)*

*<sup>2</sup>Università degli Studi di Torino. Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione -  
[barbara.bruschi@unito.it](mailto:barbara.bruschi@unito.it)*

*<sup>3</sup>Università degli Studi di Torino. Dipartimento di Filosofia e Scienze dell' Educazione -  
[melania.talarico@unito.it](mailto:melania.talarico@unito.it)*

L'obiettivo dello studio è stato di promuovere una formazione esperienziale per i professionisti della cura, mediante la progettazione di interventi di digital storytelling (dst). Il percorso, sviluppato all'interno del progetto "Storie in Circolo. Digital Storytelling per alimentare speranze e saperi", è stato promosso dal reparto Formazione e Sviluppo Risorse Umane dell'ASL di Biella, in collaborazione con il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università degli Studi di Torino. La scelta del modello esperienziale è dipesa, in particolare, da tre fattori ritenuti fondamentali: a) la dimensione sociale dell'apprendimento in età adulta; b) la componente emotivo-affettiva del lavoro educativo nei contesti di disagio; c) l'esperienza come trasformazione del vissuto professionale.

La progettazione di interventi di dst aveva il duplice obiettivo di permettere ai partecipanti l'acquisizione di una metodologia narrativa di intervento e di apprendere direttamente dalla propria esperienza attraverso un percorso riflessivo-narrativo. Il dst coniuga tre dimensioni: a) quella narrativa: viene raccontata una storia in prima persona, co-costruita in un piccolo gruppo, che coinvolge emozionalmente; b) la dimensione multimediale: sono presenti le immagini, i suoni o delle colonne sonore, il testo e la voce narrante che insieme formano un video racconto di breve durata; c) infine, quella multimediale, mediante l'impiego di

strumenti e canali mediali. Al percorso di formazione hanno preso parte: dodici professionisti<sup>1</sup> (soggetti primari) suddivisi in cinque gruppi che hanno coinvolto a loro volta, degli utenti appartenenti alle realtà scelte<sup>2</sup> (soggetti secondari). Per monitorare efficacemente i lavori, sono stati definiti sei incontri di base di quattro ore ciascuno, dedicati al confronto diretto fra i tutor (tre facilitatori e due osservatrici) e i partecipanti. L'impianto di lavoro ha previsto tre momenti: 1) la formazione al digital storytelling, riprendendo gli elementi chiave della metodologia; 2) la formazione alla progettazione degli interventi (obiettivi e fasi) e infine, 3) la sperimentazione del lavoro sul campo. Inoltre, il percorso ha previsto l'impiego di una griglia progettuale creata dall'equipe e la supervisione individuale e telematica in itinere.

I risultati hanno riguardato:

- la gestione in prima persona della complessità del processo di creazione delle storie, nonché una riflessione sulle dimensioni che entrano in gioco: relazionale, metodologica e organizzativa;
- • l'applicazione della metodologia da parte dei soggetti primari, all'interno dei contesti scelti;
- • la meta-riflessione sulla dimensione progettuale dei dst e sulle strategie da adottare, mediante il confronto con i tutor;
- • la produzione di digital storytelling dei soggetti secondari in linea con le guide fornite ai professionisti.

In conclusione, la formazione ha permesso ai partecipanti di comprendere la complessità degli interventi di digital storytelling e di promuovere una formazione continuativa e ricor-siva verso dei soggetti terzi, non coinvolti direttamente nella formazione.

---

<sup>1</sup> Erano presenti quattro educatori, due psicologhe, un insegnante di scuola elementare, tre infermiere, una musicista terapeuta e una volontaria della Fondazione Edo Tempia, che avevano già realizzato in un precedente percorso dei digital storytelling personali

<sup>2</sup> SERT, Centri diurni, R.S.A., reparto maternità e scuola elementare all'interno del Nuovo Ospedale degli Infermi (BI).

# I-learning e Digital Storytelling: sperimentazione di nuovi modelli formativi nell'educazione continua del personale infermieristico

*Antonella Cinzia Punziano<sup>1</sup>, Simona Rumiano<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> RN, PhD, Inail, Sovrintendenza Sanitaria Centrale, Roma, [a.punziano@inail.it](mailto:a.punziano@inail.it)

<sup>2</sup> RN, Inail, Unità territoriale Avellino, [s.rumiano@inail.it](mailto:s.rumiano@inail.it)

**Introduzione.** Prendersi cura di un malato significa conoscere il suo vissuto di malattia, la storia più vera e completa del suo essere paziente. Per co-costruire un progetto terapeutico consapevole è necessario valorizzare la relazione di cura attraverso il racconto del paziente e la formazione riveste un ruolo chiave. Nell'ambito del corso di aggiornamento annuale rivolto al personale infermieristico l'Inail in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Roma Tre, ha voluto sperimentare un percorso formativo innovativo ispirato alla cornice metodologica del costruttivismo sociale e basato sui modelli dell'I-learning e del Digital Storytelling.

**Obiettivo.** Valutare l'efficacia formativa, in termini di apprendimento, di un corso di aggiornamento professionale erogato secondo modello I-learning rispetto ad un corso avente per oggetto lo stesso argomento ma strutturato con didattica tradizionale.

**Metodi.** Ai fini della ricerca è stato utilizzato un disegno di studio multicentrico quasi-sperimentale.

Il campione era costituito 122 infermieri di cui destinati al corso I-learning e 61 al corso in modalità didattica tradizionale. L'efficacia formativa del corso è stata valutata tramite un questionario di verifica a risposte multiple, appositamente creato, somministrato all'inizio del corso (valutazione delle conoscenze di base- PRE-TEST) ed al termine dello stesso (valutazione delle conoscenze acquisite - POST-TEST).

**Risultati.** Dal confronto dei risultati del PRE-Test è emerso che le conoscenze di base dei



due gruppi erano simili. Al POST-Test solo il 16,39% dei discenti del corso tradizionale ha ottenuto il 100% di risposte esatte rispetto al 57,38 % del corso sperimentale. Entrambi i gruppi hanno riportato un miglioramento statisticamente significativo delle conoscenze ( $p < 0.01$ ), tuttavia, l'incremento medio assoluto, in termini di numero di risposte esatte, è risultato essere maggiore nel gruppo sperimentale (30,8) rispetto al gruppo di controllo (25,5). Tale differenza è risultata essere statisticamente significativa ( $p < 0.01$ ). La responsabilità professionale nelle emergenze si è rivelata essere l'area di maggiore apprendimento.

**Conclusioni.** Nella formazione continua del personale sanitario è riduttivo e limitante il trasferimento passivo di informazioni, ma è necessario lo sviluppo di pensiero critico che nasce dalla relazione circolare tra docente e discente. Per questo motivo approcci didattici efficaci ed innovativi sono essenziali per la formazione degli infermieri. I risultati del nostro studio hanno confermato la maggior efficacia della metodologia I-learning evidenziando la necessità di spostare il focus della formazione dai programmi di formazione tradizionale, centrati su chi insegna, ai metodi attivi, centrati su chi apprende, per costruire una solida relazione educativa e sviluppare forme di apprendimento significativo.

**Parole chiave.** formazione continua; I-Learning; digital storytelling.

#### **Bibliografia.**

- Chan A., Chair S., Sit J., Wong E., Lee D., Fung O., "Case-based web learning versus face-to-face learning: a mixed-method study on University nursing students", «Journal of Nursing Research», 24, 2016/1, pp. 31-40
- Malik G., McKenna L., Griffiths D., "Using pedagogical approaches to influence evidence-based practice integration-processes and recommendations: findings from a grounded theory study", «Journal Advanced Nursing», 73, 2017/4, pp. 883-893



# Nuove UDE per un uso appropriato delle ICT nell'esercizio della professione medica

Marco Masoni<sup>1</sup>, Maria Renza Guelfi<sup>2</sup>, Jonida Shtylla<sup>3</sup>, Andreas R. Formiconi<sup>4</sup>, Domenico Prisco<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione COntinua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze. E-mail: [m.masoni@med.unifi.it](mailto:m.masoni@med.unifi.it)

<sup>2</sup> Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione COntinua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze. E-mail: [r.guelfi@med.unifi.it](mailto:r.guelfi@med.unifi.it)

<sup>3</sup> Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione COntinua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze. E-mail: [jona-shtylla@gmail.com](mailto:jona-shtylla@gmail.com)

<sup>4</sup> Dipartimento di Statistica, Informatica, Applicazioni 'G. Parenti', Università di Firenze, Viale Morgagni 65, 50134 Firenze. E-mail: [andreasrobert.formiconi@unifi.it](mailto:andreasrobert.formiconi@unifi.it)

<sup>5</sup> Presidente Corso di Laurea Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze. E-mail: [domenico.prisco@unifi.it](mailto:domenico.prisco@unifi.it)

**Obiettivo.** Proposta di nuove UDE necessarie per un uso consapevole e appropriato delle ICT nell'esercizio della professione medica.

**Background.** La diffusione di Internet e il continuo progresso tecnologico hanno determinato importanti trasformazioni scientifiche, culturali e sociali che impattano fortemente nell'esercizio della professione medica tanto che Internet viene attualmente considerata dagli esperti come terza "persona" costantemente presente nel rapporto medico-paziente. Da ciò emerge l'esigenza di inserire nel core curriculum del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia delle UDE relative all'acquisizione di competenze necessarie per svolgere la professione medica in una realtà fortemente caratterizzata e condizionata dall'uso dell'Information and Communication Technologies (ICT).

**Metodi.** È stato interrogato il database contenente le Unità Didattiche Elementari (UDE),

che compongono il core curriculum del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (URL: <http://presidenti-medicina.it/core-curriculum/>), con parole chiave connesse alla tematica oggetto di studio.

Sono stati inoltre consultati e analizzati i contenuti relativi all'insegnamento di Informatica dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia di numerosi Atenei italiani. **Risultati.** L'analisi delle UDE recuperate dal database ha evidenziato una carenza di Unità formulate per l'acquisizione di competenze utili e necessarie per l'esercizio della professione in una realtà fortemente caratterizzata e condizionata dall'uso delle ICT. In molti Atenei italiani il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia offre nel proprio piano di studio insegnamenti di Informatica. Analizzando il programma di tali corsi emerge una situazione estremamente disomogenea, dove nella maggior parte dei casi vengono trattati argomenti quali l'hardware del computer, linguaggi di programmazione, sistemi operativi, fogli di calcolo. Questi temi non sembrano essere adeguati al profilo professionale del medico.

**Discussione.** Secondo gli Autori, nell'insegnamento di Informatica sarebbe utile l'acquisizione di competenze relative alla ricerca e valutazione dell'affidabilità e della qualità dell'informazione sanitaria pubblicata in rete, alla diffusione di fake news attraverso i Social media, alla produzione di materiale informativo che tenga conto di un adeguato livello di *readability* di cittadini e pazienti, all'utilizzo appropriato della posta elettronica nel rapporto medico-paziente e alla mobile health. [1]

A sostegno di questa riflessione occorre considerare la recente creazione da parte del *American Board of Medical Specialities* della sub-specializzazione di Informatica Clinica che fa parte del percorso formativo delle Scuole di Specializzazione in Public Health and General Preventive Medicine e Pathology. [2]

Nonostante la difficoltà di aggiornamento delle UDE, il core curriculum rappresenta per sua natura uno strumento dinamico che non dovrebbe essere disallineato con il progredire della conoscenza e che ha lo scopo di rendere omogenei a livello nazionale gli obiettivi di apprendimento dei piani di studio dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Pertanto sarebbe estremamente utile inserire delle UDE che prevedano l'acquisizione delle competenze necessarie per l'uso delle ICT in ambito medico e per una corretta relazione tra medico e paziente tramite i nuovi media.

**Parole chiave:** UDE, informatica, ICT

**Bibliografia**

[1]Guelfi MR, Masoni M. Informatica Biomedica. Temi essenziali per lo svolgimento della professione medica nel terzo millennio. La Professione (FNOMCeO) I-2018

[2]Detmer DE, Shortliffe EH Clinical InformaticsProspects for a New Medical Subspecialty JAMA. 2014; 311(20):2067-2068.

# La simulazione ad alta fedeltà nel corso di laurea in ostetricia: uno studio qualitativo esplorativo

Rizzi Mirco<sup>1</sup>, Vittadello Fabio<sup>2</sup>, Barello Serena<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" Bolzano Università Cattolica del Sacro

<sup>2</sup> Cuore. Explora - ricerca e analisi statistica, Padova

<sup>3</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore

**Aim.** Progettare e implementare un laboratorio di simulazione ad alta fedeltà sull'assistenza al parto eutocico per le studentesse del II anno del corso di laurea in ostetricia. Indagare prima e dopo la simulazione, la percezione del grado di competenza e di sicurezza delle studentesse all'assistenza al parto eutocico, le ricadute personali, professionali e organizzative del proprio e altrui lavoro agito in team e l'importanza data all'Human Factor. Esplorare l'effetto che il laboratorio ha avuto sulle studentesse e sull'attività didattica professionale da loro effettuata.

**Methods.** Il laboratorio della durata di 20 ore, è stato progettato utilizzando elementi del project management, ed implementato in un centro di simulazione. Lo studio effettuato su un campione totale di 12 studentesse ha visto l'impiego di due fasi, una qualitativa e una quantitativa ancillare alla fase qualitativa ed utilizzata per una triangolazione dei risultati. La fase qualitativa fenomenologica, rilevata mediante interviste semi-strutturate, analizzata tramite le cinque tappe di Giorgi, supportata dai criteri di conferma, credibilità e appropriatezza, e con l'ausilio del software MAXQDA.

La fase quantitativa descrittiva, mediante la somministrazione di un questionario pre (85 items, alpha di Cronbach 0,804) e post (92 items, alpha di Cronbach 0,981). Per ciascun item sono stati calcolati i principali indicatori di centralità e di variabilità, il test di Wilcoxon e il coefficiente di correlazione Rho di Spearman; è stato considerato statisticamente significativo un valore di  $p < 0,05$ . Le analisi sono state effettuate con IBM SPSS (Vers. 18.0).

**Results.** Dallo studio emerge che il grado di competenza ( $p=,032$ ) e di sicurezza ( $p=,054$ )

percepito dalle studentesse sull'assistenza al parto eutocico sono incrementati positivamente. Il training con la simulazione ha un impatto maggiore sull'apprendimento con conseguenti vantaggi rispetto alle metodologie tradizionali. L'apprendimento effettuato in un contesto protetto ed in grado di sviluppare un pensiero critico dell'intero gruppo di studio ha portato ad una percezione di sicurezza sulle studentesse tale da favorire un'acquisizione di competenze più facilitata, di sviluppare la cultura dell'errore e di porsi con un atteggiamento più attento e consapevole alla sicurezza del paziente. Gli effetti percepiti dalle studentesse sono prevalentemente positivi e spaziano tra l'area della comunicazione, la sicurezza, la competenza, la performance e anche il pensiero critico. Le ripercussioni sulla pratica clinica riguardano l'aumento del grado di consapevolezza della situazione, della sicurezza, del modo di comunicare con i pazienti e tutor, ad avere rivissuto situazioni simili a quelle presentate dagli scenari della simulazione, come la manualità e il disimpegno del neonato. Il debriefing risulta essere un potente mezzo per riuscire ad assimilare e trasferire apprendimento.

**Conclusions.** Per rendere la simulazione ancora più efficace è necessario aumentare il tempo dedicato alla familiarizzazione, mentre per renderla più simile alla realtà è necessario integrare maggiormente la Hybrid Simulation. E' raccomandabile la partecipazione degli studenti alle simulazioni ad alta fedeltà sia con un ruolo attivo che con un ruolo di osservazione introducendo l'educazione tra pari, senza tralasciare il debriefing.

**Keywords.** Simulation training, education, students.

## Reference

Brady, S., Bogossian, F., & Gibbons, K. (2015). The effectiveness of varied levels of simulation fidelity on integrated performance of technical skills in midwifery students—a randomised intervention trial. *Nurse Education Today*, 35(3), 524–529. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.005>

Hegland, P. A., Aarlie, H., Strømme, H., & Jamtvedt, G. (2017). Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 54, 6–20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>

Levett-Jones, T., & Lapkin, S. (2014). A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Education Today*, 34(6), e58-63. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.020>.

# Efficacia della simulazione per l'apprendimento della visita del torace negli studenti di medicina

*Irene Paradisi<sup>1</sup>, Marco Perruzza<sup>1</sup>, Metella Refini<sup>1</sup>, Mariagrazia Pieroni<sup>1</sup>, Piersante Sestini<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena*

È stata documentata una progressiva diminuzione della dimestichezza dei medici con la pratica dell'esame clinico. Abbiamo voluto verificare l'efficacia della tecnica della visita fra pari (PPE) e della simulazione su manichini nel promuovere la corretta esecuzione della visita del torace da parte di studenti di Medicina. L'efficacia della PPE è stata valutata su 162 studenti del 4° anno, con scarsa esperienza clinica. Ogni turno di 25 studenti era diviso in modo casuale in due gruppi, di cui uno eseguiva la PPE, mentre l'altro svolgeva altre attività. La sessione, della durata di circa due ore, iniziava con una prima fase dimostrativa seguendo lo schema di una checklist articolata in 30 elementi. Al termine, gli studenti si dividevano in gruppi di tre e ripetevano la visita ruotando alternativamente nei ruoli di visitante, visitato e suggeritore. Tutti gli studenti si recavano poi in reparto, dove ogni studente effettuava la visita del torace su un paziente, mentre un osservatore, ignaro del gruppo di appartenenza, valutava discretamente la visita tramite la stessa griglia utilizzata per l'apprendimento. Gli studenti che non avevano praticato la PPE prima della valutazione, la eseguivano successivamente. Un altro gruppo di 46 studenti del 3° e 4° anno si sottoponeva alla stessa valutazione dopo aver partecipato non solo alla PPE, ma anche a un seminario multimediale sui suoni polmonari e ad una sessione di auscultazione di suoni polmonari e cardiaci, fisiologici e patologici, su manichini ad alta fedeltà Nursing Anne o Sim Man (Laerdal Italia, BO). Tutti gli studenti compilavano infine un

questionario anonimo sulla loro percezione riguardo l'utilità delle attività svolte. Dalla griglia di valutazione si ricavava un punteggio totale (somma di tutte le manovre correttamente eseguite), e due parziali: uno dalle 19 voci relative agli aspetti tecnici della visita; l'altro dagli 11 elementi relativi alla qualità dell'interazione col paziente. Nel primo studio, il punteggio medio totale del gruppo PPE ( $16.2 \pm 0.6$ ) risultava maggiore dei controlli ( $12.7 \pm 0.4$ ,  $p < 0.001$ ). Il punteggio degli aspetti "tecnici" della visita passava da  $8.1 \pm 0.3$  a  $10.4 \pm 0.5$  ( $p < 0.001$ ), mentre quello degli aspetti interattivi passava da  $4.6 \pm 0.2$  a  $5.8 \pm 0.2$  ( $p < 0.001$ ). Su una scala da 0 a 10, il punteggio attribuito dagli studenti all'utilità della PPE sulla tecnica è risultato  $8.4 \pm 0.2$  e per interagire meglio con il paziente  $7.3 \pm 0.3$ , senza differenze significative fra chi aveva praticato la PPE prima o dopo la visita in reparto. I punteggi totali ottenuti nella seconda fase dello studio ( $22.2 \pm 0.5$ ), sono risultati nettamente superiori ai precedenti ( $p < 0.001$ ). Questo miglioramento era interamente attribuibile al punteggio "tecnico" ( $16.1 \pm 0.5$ ,  $p < 0.001$ ), mentre il punteggio "di interazione" ( $6.1 \pm 0.2$ ), risultava sovrapponibile a quello osservato dopo PPE. Dalle risposte al questionario, risultava che la PPE è stata percepita più utile dell'esperienza sui manichini per l'effettuazione della visita e, soprattutto, per la relazione col paziente. Per contro, PPE e manichini sono stati percepiti come ugualmente utili per l'interpretazione dei reperti auscultatori. Concludiamo che PPE e simulazione su manichini concorrono efficacemente in modo complementare a favorire aspetti diversi della qualità di esecuzione della visita del torace.

# The development of a pilot patient-safety learning scenario for undergraduate nursing students

Annamaria Bagnasco<sup>1</sup>, Giuseppe Aleo<sup>2</sup>, Gianluca Catania<sup>3</sup>, Roberta Centanaro<sup>4</sup>, Alison Steven<sup>5</sup>, Pauline Pearson<sup>6</sup>, Hannele Turunen<sup>7</sup>, Susanna Tella<sup>8</sup>, Milko Zanini<sup>9</sup>, Loredana Sasso<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova - [annamaria.bagnasco@unige.it](mailto:annamaria.bagnasco@unige.it)

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova - [giuseppe.aleo@edu.unige.it](mailto:giuseppe.aleo@edu.unige.it)

<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova - [gianluca.catania@edu.unige.it](mailto:gianluca.catania@edu.unige.it)

<sup>4</sup> Azienda Ospedaliera Universitaria IRCCS San Martino--IST Genova - [roberta.centanaro@hsanmartino.it](mailto:roberta.centanaro@hsanmartino.it)

<sup>5</sup> Department of Nursing, Midwifery and Health Faculty of Health and Life Sciences Northumbria University, Newcastle upon Tyne, UK - [Alison.steven@northumbria.ac.uk](mailto:Alison.steven@northumbria.ac.uk)

<sup>6</sup> Department of Nursing, Midwifery and Health Faculty of Health and Life Sciences, Northumbria University Newcastle upon Tyne, UK - [Pauline.pearson@northumbria.ac.uk](mailto:Pauline.pearson@northumbria.ac.uk)

<sup>7</sup> Department of Nursing Science Faculty of Health Sciences University of Eastern Finland, Kuopio, Finland - [hannele.turunen@uef.fi](mailto:hannele.turunen@uef.fi)

<sup>8</sup> Saimaa University of Applied Sciences Faculty of Health Care and Social Services Lappeenranta, Finland - [susanna.tella@saimia.fi](mailto:susanna.tella@saimia.fi)

<sup>9</sup> Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova - [milko.zanini@edu.unige.it](mailto:milko.zanini@edu.unige.it)

<sup>10</sup> Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova - [l.sasso@unige.it](mailto:l.sasso@unige.it)

**Aim.** To develop a pilot scenario in an academic advanced simulation centre to improve undergraduate nursing students' learning experience on patient safety.

**Methods.** Under the framework of the EU project 'Sharing Learning from Practice to improve Patient Safety' (SLIPPS), between January and March 2018 a pilot scenario was developed in an academic simulation centre. The scenario script was based on the results of thematic analysis of data collected through the 'SLIPPS Learning Event Recording Tool' (SLERT). This tool was specifically developed to enable undergraduate nursing students to record and reflect upon important learning events related to patient safety they encountered during their clinical placements. The scenario actors were two undergraduate nursing students, one undergraduate midwifery student, and two doctoral nursing students. The scenario



was based on the Nursing Education Simulation Framework (NESF) developed by Jeffries in 2005.

**Results.** The thematic analysis of the data collected through the LERTs produced the following themes: drug administration errors, communication skills, teamwork, and near misses. The setting is a medical ward of an acute care hospital. The scenario takes place at the beginning of the morning shift, during the drug administration round.

The level of experience required is related to drug administration activities, so the undergraduate nursing students had to be in their third year.

The simulated event was about a 30-year old woman admitted to a medical ward for hyperthyroidism. She is awake in her bed and waiting for her morning medications. However, she is affected by other chronic diseases and has multiple therapy charts.

The roles played by the scenario actors were: one registered nurse (RN), who enters the inpatient's room with the therapy cart; one nursing student, who is training to administer therapy supervised by the RN; one Physician, who interrupts the drug administration to modify the dosage; one support worker, who enters the inpatient room with the breakfast trolley for the patients.

No specific equipment is required, except for the therapy cart (with all the devices required for drug administration and with therapy charts for the patient) and the breakfast trolley.

The learning objectives of the scenario were: a) knowledge about safe drug administration, how to effectively communicate with patients, how to interact effectively with the supervisor, and teamwork; b) correct use of devices for drug administration, correctly use checklists; c) Learner satisfaction; d) critical thinking about patient assessment and prescriptions, patient education and information.

**Conclusions.** Patient safety is a significant challenge across the world. According to the WHO (2014) there are approximately 43 million patient safety events globally every year across the world, but the majority of adverse care episodes and near misses are preventable. Academic advanced simulation centres in the field of healthcare can play an important role in preparing future professionals who are better equipped to ensure higher levels of patient safety. In fact, simulated scenarios are an effective example of how this could be done. development involves clinical and academic expertise, unlike many other scenarios these are based upon real recent student experience, and thus have resonance and face validity for students..

# Micro-simulation for learning by doing in medical education

Alessandro Pepino<sup>1</sup>, Nicola De Luca<sup>2</sup>, Ersilia Vallefucoco<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Ingegneria Elettrica e delle Tecnologie dell'Informazione, Università degli Studi di Napoli Federico II. [pepino@unina.it](mailto:pepino@unina.it)

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II. [nicola.deluca@unina.it](mailto:nicola.deluca@unina.it)

<sup>3</sup> Dipartimento di Ingegneria Elettrica e delle Tecnologie dell'Informazione, Università degli Studi di Napoli Federico II, Italy. [ersilia.vallefucoco@unina.it](mailto:ersilia.vallefucoco@unina.it)

In Italia, ma anche in altri paesi europei, la formazione medica di primo livello si basa su un percorso di studi puramente teorico, in cui le sessioni pratiche e operative sono ridotte o quasi assenti. Per tale motivo, medici specializzandi si rivelano impreparati nella formazione post-laurea, in cui è necessario prendere decisioni in tempi brevi, affrontare situazioni di emergenza e lavorare sotto pressione. Negli ultimi anni, la simulazione in medicina è diventata un importante strumento per colmare tale deficit. Essa, infatti, ingloba l'insegnamento teorico e il training sviluppando capacità di problem solving e di decision making. Il nostro lavoro presenta un caso di studio sull'utilizzo di DrSim come software di micro-simulazione per la formazione medica, adoperato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria della Federico II. DrSim è un *serious game* interattivo di simulazione clinica, sviluppato da Accurate, che consente di creare scenari di micro-simulazione personalizzati su singoli casi clinici che possono essere resi disponibili ad una popolazione illimitata di discenti anche attraverso piattaforme di e-learning. La gestione del paziente virtuale avviene in maniera interattiva, infatti, l'utente assiste in tempo reale alle risposte fisiopatologiche, derivanti dalle sue scelte diagnostiche terapeutiche. Nella presente sperimentazione DrSim è stato adoperato come supporto alla didattica in area cardiologica. Il progetto sperimentale ha coinvolto studenti di medicina e di ingegneria biomedica; nello specifico, i primi sono stati i diretti fruitori dello strumento di simulazione studiando e applicando le proprie conoscenze e competenze nei diversi casi clinici. I secondi, invece, hanno supportato i docenti nelle attività di inserimento dei dati nell'editor di DrSim al fine

di realizzare una serie di percorsi clinico-diagnostici. Tali “moduli educativi” sono stati poi adoperati dai docenti, coinvolti nel progetto, per supportare la didattica tradizionale ma soprattutto per aiutare i discenti a sviluppare competenze tecniche. L'utilizzo di ambienti di simulazione, sviluppati con DrSim, consente agli studenti sia di sperimentare in modo operativo e divertente le proprie competenze, senza correre il rischio di commettere errori reali, sia di riflettere sulle proprie azioni. Dopo le simulazioni virtuali, infatti, sono state organizzate discussioni per valutare i resoconti del caso clinico simulato. Tali momenti di debriefing hanno mostrato come le informazioni ricevute, gli errori commessi e le sensazioni provate, durante la simulazione, sono state facilmente metabolizzate dagli studenti agevolando la riflessione, la concentrazione e le abilità percettive. In aggiunta, l'utilizzo del sistema di simulazione ha permesso di riprodurre anche aspetti immateriali del lavoro medico quali la cooperazione tra le diverse figure professionali, la ricostruzione dei tempi e dei ritmi lavorativi. L'esperienza svolta ha confermato la validità della micro-simulazione come tecnica di formazione medica complementare alla pratica assistenziale ed alla simulazione su manichini, più costosa ed onerosa dal punto di vista organizzativo.

**Parole chiave:** micro-simulation; medical education; e-learning.

### **Bibliografia**

- Gaba DM. (2004). The future vision of simulation in health care, *BMJ Quality & Safety*, 13: i2-i10.[2]
- Gorbanev, I., Agudelo-Londoño, S., Gonzalez, R.A., Cortes, A., Pomares, A., Delgadillo, V., Yepes, F.J., & Muñoz, O.M. (2018). A systematic review of serious games in medical education: quality of evidence and pedagogical strategy. *Medical education online* .
- Gullo A., Farina M., Murabito P., Oliveri F., Gambera A., Ori C. (2012) Ruolo della simulazione nella formazione in medicina. In: Gullo A., Murabito P. (eds) *Governo clinico e medicina perioperatoria*. Springer, Milano. <http://drsim accuratesolutions.it/>

# Le abilità empatiche del medico: uno studio condotto su un campione di medici di famiglia ed altri medici specialisti

Massimo Casacchia<sup>1</sup>, Leila Fabiani<sup>2</sup>, Alessandro Appetiti<sup>3</sup>, Laura Giusti<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professore emerito di psichiatria Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [massimo.casacchia@cc.univaq.it](mailto:massimo.casacchia@cc.univaq.it)

<sup>2</sup>Professore ordinario Presidente del Corso di Studio di Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Presidente Scuola di Specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [lila.fabiani@univaq.it](mailto:lila.fabiani@univaq.it)

<sup>3</sup>Medico specializzando in Igiene e medicina preventiva Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [alessandroappetiti@gmail.com](mailto:alessandroappetiti@gmail.com)

<sup>4</sup>Assegnista di ricerca Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi dell'Aquila - [laura.giusti@univaq.it](mailto:laura.giusti@univaq.it)

**Obiettivo:** La ricerca suggerisce che il livello di empatia rappresenti per i medici in formazione un fattore predittivo della competenza clinica (Hojat et al. 2002, 2014). Alcuni studi dimostrano che tale abilità possa diminuire durante il corso di laurea di Medicina (Roff et al., 2015) e durante i corsi di Specializzazione (Bellini et al., 2005). Le abilità empatiche, inoltre, sono risultate predittive anche di migliori outcomes clinici (Hojat et al., 2011; Del Canale et al., 2012), nonché dell' accuratezza della diagnosi e della prognosi. L'obiettivo del presente studio era quello di 1) valutare le abilità empatiche di popolazioni mediche che hanno scelto diverse specializzazioni, alcune con maggiore caratterizzazione tecnica e altre con maggiori componenti assistenziali; 2) valutare la relazione tra abilità empatica e altre variabili, quali anni di attività lavorativa, capacità di resilienza, grado di soddisfazione personale e di burnout. **Metodi:** Un campione di 35 medici (uomini:72,6%; donne: 27,4%; età media:57,3, DS=9,7; media degli anni di attività lavorativa: 29,82, DS=11,730 ) è stato reclutato

presso la sede dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e presso un presidio poliambulatoriale aquilano. A tutti i partecipanti sono stati somministrati i seguenti strumenti: 1) un questionario ad hoc per la raccolta di dati socio- anagrafici; 3) la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE, Hojat et al.,2001) utile alla valutazione delle abilità empatiche in ambito medico 3) l'Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis,1983; Albiro et al 2006) per valutare l'abilità empatica nelle sue componenti cognitive e affettive; 4) la Resilience Scale for Adult (RSA, Friborg, 2003) per valutare la capacità di far fronte agli eventi stressanti; infine, 5) la Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach & Jackson, 1981) per valutare il grado di soddisfazione professionale e di burnout.

**Risultati.** Il 31,8% del campione esercitava la propria attività di medico di medicina generale (MMG), mentre il restante 68,2 % includeva sia medici con specializzazioni "Technology/procedure-oriented" che medici con specializzazioni "people-oriented". È stata osservata una differenza statisticamente significativa tra le categorie mediche in merito alle abilità empatiche, con maggiori livelli di empatia mostrate dai medici con specializzazioni "people oriented". I risultati, inoltre, hanno dimostrato che l'aumento degli anni di attività lavorativa comporta 1) una diminuzione della gratificazione personale; 2) un aumento dei livelli di burnout; 3) una diminuzione delle capacità di resilienza e 4) una progressiva diminuzione dei livelli di empatia.

**Conclusioni** I risultati dello studio confermano dati presenti in letteratura che enfatizzano le differenze nelle abilità empatiche tra i medici di diverse specializzazioni. Infatti alcuni studi hanno dimostrato che medici con specializzazioni "Technology/procedure-oriented" presentavano livelli di empatia minori rispetto ai medici con specializzazioni "people oriented" (Hojat et al., 2018; Walocha et al., 2013). I risultati inoltre dimostrano il ruolo "usurante" degli anni di professione nei riguardi dei livelli di empatia. Sulla base di tali evidenze, sembrerebbe necessario una valutazione periodica dell'empatia dei medici i cui bassi livelli, nel tempo, possono influenzare negativamente l'outcome dell'utente e rappresentare, quindi, un indicatore di progressivo aumento del burnout, le cui cause sono multifattoriali e collegate, spesso, al clima lavorativo.

**Parole chiave:** specializzazione medica, empatia, burn-out

**Bibliografia**

- Del Canale S., Louis D.Z., Maio V., Wang X., Rossi G., Hojat M., Gonnella J.S.: The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 2012; 87 (8): 1243-1249.
- Hojat M., Louis D.Z., Markham F.M., Wender R., Rabinowitz C., Gonnella J.S.: Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine* 2011; 86(3): 359- 364.

# Compassion Satisfaction e disturbi vicari tra gli studenti di Educazione professionale durante il loro tirocinio formativo.

Uno studio osservazionale come punto di partenza per l'implementazione delle azioni didattiche e di tutoring future.

*Bobbo Natascia<sup>1</sup>, Chiara Bottaro<sup>2</sup>, Tassoni Serena<sup>3</sup>, Moretto Barbara<sup>4</sup>, Tenconi Elena<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Ricercatrice confermata in Pedagogia sociale e della salute Dipartimento FISPPA – Università degli studi di Padova - [natascia.bobbo@unipd.it](mailto:natascia.bobbo@unipd.it)

<sup>2</sup> Educatore professionale – Laureanda in Scienze delle professioni sanitarie riabilitazione Università degli studi di Padova - [bottarochiara@gmail.com](mailto:bottarochiara@gmail.com)

<sup>3</sup> Psicologa del lavoro – docente a contratto Università di Padova [serena.tassoni@unipd.it](mailto:serena.tassoni@unipd.it)

<sup>4</sup> Educatore professionale – Coordinatore universitario del Corso di studi in Educazione professionale-Università degli studi di Padova [barbara.moretto@aulss5.veneto.it](mailto:barbara.moretto@aulss5.veneto.it)

<sup>5</sup> Professore associato di Psicobiologia e psicologia fisiologica Dipartimento di Neuroscienze- Università degli studi di Padova [elena.tenconi@unipd.it](mailto:elena.tenconi@unipd.it)

**Obiettivo:** in accordo con il concetto di qualità di vita professionale (Fingley, 1995; Stamm, 1999) e sulla base degli alti livelli di rischio per disturbi vicari a cui sono esposti gli studenti delle Professioni sanitarie durante il corso dei tirocini formativi (Rudman & Gustavsson, 2014), il presente studio si è posto l'obiettivo di valutare e descrivere il livello di benessere percepito in relazione al ruolo rivestito dagli studenti di Educazione professionale durante lo svolgimento del loro stage formativo, data la mancanza di figure di coordinamento universitario.

**Metodo:** A tutti gli studenti delle tre coorti del Corso di Studi, circa due mesi dopo l'inizio del tirocinio formativo, è stato somministrato un protocollo di indagine costituito da una scheda anagrafica e da cinque test validati: il ProQuo 5 e altri quattro (variabili indipendenti) tra i quali: Coping Response style (COPE), General Decision-Making style (GDMS), Basic Psychological Needs Satisfaction (BPNS); Autoefficacia e gestione Emozioni Positive e Negative (APEP/ A e N).

**Risultati:** Tra giugno e luglio 2018 sono stati coinvolti 103 studenti su 130 regolarmente in corso, di questi il 29% del primo anno, il 29% del secondo e per il restante 42% del terzo. L'89% del campione era costituito da ragazze. I livelli medi di Compassion Satisfaction (CS) ( $39,18 \pm 6,44$ ), di BurnOut (BO) ( $17,25 \pm 3,14$ ) e di Secondary Traumatic Disorder (STS) ( $17,25 \pm 3,84$ ) attestano una qualità di vita professionale medio-buona e un rischio di esposizione a disturbi vicari medio-basso. Sono emerse alcune correlazioni tra le tre dimensioni della variabile dipendente e le altre scale. In particolare, si segnala una correlazione positiva significativa tra Compassion Satisfaction e lo stile di presa di decisione razionale ( $r= 0,38$ ) e tra le strategie di coping definite dalla fluidità relazionale ( $r=0,53$ ). Per quanto concerne il BurnOut e il Secondary Traumatic Disorder, correlano rispettivamente il primo inversamente con i livelli di soddisfazione del bisogno di competenza ( $r=- 0,38$ ) e il secondo correla positivamente con la strategia di presa di decisione evitante ( $r=0,25$ ).

**Conclusioni:** I risultati attestano come nonostante la difficoltà data dalla mancata presenza di figure supportanti le attività di tirocinio, in media gli studenti coinvolti hanno saputo trovare strategie di compensazione e tutela sufficienti a proteggerli. Restano alcuni casi singoli di grande difficoltà, evidenziata da valori significativi nelle DS dalle medie relative a BurnOut e Secondary Traumatic Disorder. In linea generale, i risultati offrono lo spunto per la programmazione di attività formative di tutoring nei prossimi anni, volte ad aumentare il possesso di competenze tecnico-professionali e l'incremento e rinforzo di un pensiero critico nella presa di decisione (Paul, 1995) e di competenze relazionali.

**Parole chiave** Compassion Satisfaction Tutoring, Stage, Disturbi vicari Competenza

#### Riferimenti Bibliografici

- Fingley C. (editor) (1995) *Compassion Fatigue*, Routledge, New York, London Stamm B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2ndEd. Pocatello, ID
- Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988-1001.
- Paul R. (1995). *Critical thinking: how to prepare students for a rapidly-changing world*. Foundation for Critical Thinking, Santa Rosa, California.



# La "scena temuta": un'analisi tematica di storie immaginate dagli studenti di medicina del terzo anno

*Silvia M. L. Del Negro<sup>1</sup>, Lidia Borghi<sup>1</sup>, Elena Vegni<sup>1,2</sup>*

*<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, via A. di Rudini 8, Milano*

*<sup>2</sup> Psicologia Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo Milano, via A. di Rudini 8, Milano*

E-mail [silvia.delnegro@unimi.it](mailto:silvia.delnegro@unimi.it)

**Obiettivo.** La necessità di una formazione sulle abilità comunicativo-relazionali (*soft skills*) in medicina è stata ampiamente evidenziata in letteratura, per preparare alla pratica professionale e per contrastare l'erosione dell'empatia individuata, negli studenti di medicina, a partire dal terzo anno. L'obiettivo del presente studio è esplorare, tra gli studenti di medicina, quali siano le situazioni o esperienze professionali che più spaventano.

**Metodo.** A tutti gli studenti iscritti al 3° anno di Medicina e Chirurgia di una Università nel Nord Italia è stato proposto durante la prima lezione del corso di Comunicazione e Relazione in Medicina di scrivere una breve narrazione rispetto alla 'scena temuta', con la seguente consegna: "Immagina di essere un medico specialista: qual è la scena professionale che più temi di affrontare?" Le narrazioni sono state analizzate qualitativamente da due ricercatori indipendenti mediante un'analisi tematica dei contenuti. Le tematiche sono state poi raggruppate in macroaree di ordine superiore, che mettersero in luce le principali aree critiche che gli studenti temono di dover affrontare.

**Risultati.** Sono state raccolte 84 narrazioni, con un tasso di adesione del 87%. L'analisi tematica ha evidenziato che per gli studenti di medicina le situazioni maggiormente temute riguardano le seguenti aree: 1) comunicazione di una cattiva notizia, non solo per il momento comunicativo in sé ma anche per la gestione dell'interazione emotivo-relazionale che ne sussegue con il paziente e/o familiare; 2) gestione di un errore medico e della sua eventuale comunicazione; 3) gestione di una situazione imprevista o incerta, sia dal punto

di vista clinico (es. diagnosi o prognosi incerte) che da quello emotivo (es. sentimenti di inadeguatezza); 4) perdita o difficoltà di gestione dei confini tra me e l'altro o tra me e il mio lavoro; 5) fatica a conciliare i propri valori personali con il proprio ruolo professionale.

**Conclusioni.** L'analisi delle narrazioni ha evidenziato come le aree temute dagli studenti di medicina del terzo anno rispetto alla loro pratica professionale futura non riguardano particolari situazioni cliniche, ma hanno tutte a che fare con l'interazione con il paziente, ed in particolare a notizie difficili da comunicare e situazioni in cui il medico si sente inadeguato sul piano emotivo – relazionale. Appare quindi evidente che gli studenti al terzo anno percepiscano come maggiormente sfidanti quelle situazioni che mettono in discussione il medico, non come specialista, ma come persona. L'insegnamento di queste competenze non può essere delegato a un corso annuale, ma necessiterebbe di una formazione continua, che possa garantire momenti formativi e di supervisione per aumentare le capacità di autoriflessione e confronto rispetto al proprio vissuto, nello specifico contesto della relazione medico-paziente.

# Operatrici di accoglienza dei centri antiviolenza. Valutazione formativa come valutazione in itinere delle competenze di cura

*Annarita Frullini<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Sipem Abruzzo - [annarita.frullini@tin.it](mailto:annarita.frullini@tin.it)

**Titolo.** Valutazione della formazione per le operatrici di accoglienza dei centri antiviolenza nell'arco 2004- 2018

**Obiettivo.** Valutazione della formazione delle operatrici di accoglienza dei Centri Antiviolenza, fra offerta pubblica a privata. Analisi dei livelli di empatia nel lavoro delle operatrici di accoglienza di accoglienza - presa in carico.

**Metodi.** Esperienza qualitativa di operatrici di accoglienza con focus group e analisi della letteratura.

L'operatrice d'accoglienza , senza specializzazione o con specializzazione e con formazione strutturata o non strutturata, è stata negli ultimi venti anni fulcro dei Centri Antiviolenza, nati dalle associazione di donne e dal movimento femminista e riconosciuti da diversi DPCM per i piani antiviolenza. Spesso CA, pubblici che privati, a causa di finanziamento esigui e irregolari gestiti con un piano nazionale, riescono ad operare grazie alla presenza dei volontari.

Nel 2001 vi era stata un tentativo di definire compiti e proposta formativa della figura di operatrice di accoglienza, tentativo mai realizzato. Si riteneva che non fosse sufficiente un titolo di studio per operare nei Centri. Secondo lo standard nazionale dei centri italiani, la formazione minima indispensabile per operare in un Centro antiviolenza, consisteva in un corso di base e un congruo tirocinio perché l' operatrice , attribuita a ciascuna donna richiedente aiuto nel momento del primo contatto fino alla fine dell'eventuale iter giudiziario, diventa il riferimento per gli aiuti che necessitano nella costruzione dell'uscita della violenza subita e di un nuovo progetto di vita. Da qualche anno si sta cercando di

strutturare normativamente la figura dei centri di accoglienza per garantire il salto generazionale che si sta per compiere all'interno dei C A.

Si è pensato opportuna una valutazione degli esiti formativi, una necessità di aggiornamento e condivisioni dei saperi per le operatrici delle reti e le operatrici dei centri. L'offerta formativa degli ultimi anni è stata proposta da centri della rete D.i.Re, che raccoglie oltre 75 C A in Italia, da privati laureati, psicologhe formatrici e da istituzioni universitarie con anche con corsi di alta formazione per la gestione dei casi di violenza di genere. Si è anche affrontato la possibile esistenza dei livelli di empatia in un lavoro di volontariato protratto negli anni.

**Risultati.** Sono stati evidenziati percorsi per garantire nella formazione l'interazione di percorsi istituzionali neutri e meno istituzionali di genere. Sono stati ipotizzati percorsi per evitare l'istituzionalizzazione dei centri antiviolenza.

**Conclusioni.** Dalla parziale prototipale valutazione del precedente percorso formativo e dall'analisi dell'offerta formativa presente è emersa la necessità di una contaminazione fra teoria e pratica.

**Parole chiave:** valutazione formazione, operatrici d'accoglienza, centri antiviolenza

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

POR Sicilia, Avvio Centri Antiviolenza (Anno 2002-2004) Centro antiviolenza LE ONDE  
O.N.L.U.S. Palermo

Anna Alessi L'operatrice di accoglienza dei centri Antiviolenza 2004, Edizioni Anteprima  
s.r.l., Palermo.

Anna Costanza Baldry, Fabio Roia Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo  
stalking. Aspetti giuridici e criminologici 2011 Franco Angeli

Sandra Filippini Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia 2005 Franco  
Angeli

# The effectiveness of Student 4 Best Evidence as a tool to improve Evidence-Based Practice competencies in undergraduate health professional students: a pilot study

Chiara Arienti<sup>1</sup>, Emma Carter<sup>2</sup>, Joel Pollet<sup>1</sup>, Selena Ryan-Vig<sup>2</sup>, Francesca Gimigliano<sup>3</sup>, Carlotte Kiekens<sup>4,5</sup>, Stefano Negrini<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> IRCCS Don Gnocchi Foundation, Milan, Italy;

<sup>2</sup> Student 4 Best Evidence, Oxford, UK;

<sup>3</sup> Department of Mental and Physical Health and Preventive Medicine, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli, Italy;

<sup>4</sup> KU Leuven, PRM, Leuven, Belgium;

<sup>5</sup> University Hospitals Leuven, Physical and Rehabilitation Medicine, Leuven, Belgium;

<sup>6</sup> Department of Clinical and Experimental Sciences, University of Brescia, Italy.

**Background.** Evidence-based practice (EBP) is an essential element in the delivery of high-quality care. In EBP, healthcare professionals make clinical decisions based on the best available research results while considering the preferences and clinical circumstances of their patients. Experts and international organizations have emphasized the need for healthcare professionals to possess adequate knowledge, skills, and attitudes for EBP. An EBP learning laboratory has been established at an Italian university to educate medical and other health professional students in the use of evidence in clinical practice and research. Students 4 Best Evidence (S4BE) is an online community of students from around the world, from school age to university, who are interested in learning more about evidence-based practice. As well as featuring a library of learning resources, the site also

provides a platform for students to write their own blogs.

The aim of this study is to evaluate the effectiveness (change in EBP attitudes, knowledge, skills and EBP) of an Evidence-Based Clinical Practice laboratory, using S4BE as an educational tool, to teach EBP competence to undergraduate students of Physiotherapy.

**Methods.** An observational perspective study carried out and included 70 students completing a bachelor's degree in Physiotherapy at an Italian University. The intervention consisted of the use of S4BE to teach EBP competence. The evidence-based practice questionnaire (EBP<sup>2</sup>Q) has been used to evaluate EBP attitude, knowledge and skills, at the start of laboratory (T0), after 24 training hours (T1) and after 3 months of clinical practice training (follow-up). Statistical analysis was performed with SPSS 17.0 An intra-group analysis has been conducted to verify the improvement during the time. Statistical significant was set at  $p < 0.05$ .

**Results.** Our data showed a statistical improvement of terminology and practice EBP<sup>2</sup>Q domains after clinical practice training. Indeed, relevance and confidence EBP<sup>2</sup>Q domains remained stable during the time.

**Conclusion.** The students kept the EBP competences, based on individual's abilities with EBP skills, during their clinical practice training and improved the terminology and the individual's use of EBP competences.

The clinical practice training could help on the use of EBP skills during every day clinical practice of the students.

**Reference**

1. Bozzolan M, et al. Undergraduate physiotherapy students' competencies, attitudes and perceptions after integrated educational pathways in evidence-based practice: a mixed methods study. *Physiother Theory Pract.* 2014 Nov;30(8):557-71.
2. Melnyk BM, et al. Implementing the new essential evidence-based practice competencies in real- world clinical and academic settings: moving from evidence to action in improving healthcare quality and patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2015 Apr;12(2):67-9.
3. Thomas A, et al. Evidence-based practice: a review of theoretical assumptions and effectiveness of teaching and assessment interventions in health professions. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2011 May;16(2):253-76. doi: 10.1007/s10459-010-9251-6. Epub 2010 Oct 5. Review.
4. Thomas A, et al. Evidence-based practice behaviours: a comparison amongst occupational therapy students and clinicians. *Can J Occup Ther.* 2012 Apr;79(2):96-107.
5. Boruff JT, et al. Integrating evidence-based practice and information literacy skills in teaching physical and occupational therapy students. *Health Info Libr J.* 2011 Dec;28(4):264-72.

# La valutazione della self-efficacy, della learning goal orientation, dell'achievement e della professional mobility negli studenti delle professioni sanitarie: uno studio longitudinale

Schimdt, Grandi, Sperindè, Lochner, Padovan, Rizzi, Vitadello, Cavada

<sup>1</sup> Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana" Bolzano Via Lorenz Böhler, 13 39100 Bolzano

**Obiettivo.** Scopo dello studio longitudinale era misurare e valutare il cambiamento, nel corso dei tre anni di formazione, delle seguenti variabili: la *self-efficacy* (SE), la *learning goal orientation* (LGO), l'*achievement* e la *professional mobility*.

**Metodi.** Agli studenti di Infermieristica, Fisioterapia, Ostetricia e Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro di [xxx], polo universitario delle professioni sanitarie di [xxx], è stato somministrato alla fine del primo semestre (T1) e al termine della formazione (T2) un questionario online utilizzando la piattaforma *Survey Monkey*®. Lo strumento, adattato alla realtà bilingue della Provincia di [xxx], ha misurato: la SE, *Self-efficacy Scale* (Abele et al., 2000), la LGO, *Learning Goal Orientation Scale* (Button et al., 1996), l'*achievement*, *Life Goals Questionnaire* (Pöhlmann & Brunstein, 1997), la *professional mobility*, *TOP-Test* (Lang-von Wins et al., 2003). Le variabili sono state misurate attraverso una scala Likert a cinque punti (da per niente d'accordo a completamente d'accordo). Sono stati calcolati i principali indicatori di centralità e di variabilità per tutti gli item e per loro raggruppamenti (dimensione). Le variazioni temporali sono state valutate con il test non parametrico di Wilcoxon. La correlazione tra le dimensioni del questionario è stata esaminata con il coefficiente di correlazione Rho di Spearman. È stato considerato statisticamente significativo un valore di p inferiore a 0,05 (test a due code).

**Risultati.** Il 63,5% degli studenti (101/159) ha compilato i questionari in entrambe le rilevazioni (T1, T2). Tutte le variabili osservate sono aumentate dal 1° al 3° anno, in particolare



la *learning goal orientation* è incrementata da 4,06 a 4,22 ( $p < 0,001$ ) e l'*achievement* da 4,37 a 4,50 ( $p = 0,045$ ). I valori medi della *self efficacy*, pur aumentando, sono bassi (da 2,83 a 2,89). Si sono osservate inoltre differenze di genere, in quanto le studentesse presentano valori più elevati nella *learning goal orientation* in entrambe le rilevazioni.

È stata rilevata al T1 una correlazione positiva tra *learning goal orientation* e *achievement* ( $r = 0,584$ ), aumentata al T2 ( $r = 0,607$ ) e tra *achievement* e *professional mobility* ( $r = 0,210$  al T1 e  $r = 0,29$  al T2).

**Conclusioni.** Considerando che la *self-efficacy* influenza molti aspetti della vita e condiziona il comportamento delle persone (Bandura, 1982), i valori di auto-efficacia, rilevati dallo studio, lasciano ipotizzare che la *selfefficacy* non sostenga sufficientemente gli studenti nel raggiungimento dei loro obiettivi di apprendimento oppure che i loro obiettivi non siano abbastanza realistici. Per aumentare l'autoefficacia negli studenti si ipotizzano alcune strategie: tutorato alla pari tra studenti, per favorire esperienze di *mastery*, che aumentano la perseveranza nel superare le difficoltà durante l'esecuzione delle attività; tirocini interprofessionali, per stimolare la riflessione tra studenti con conoscenze e competenze diverse, favorendo la capacità di assumere di altre prospettive; promozione dell'autonomia da parte degli studenti, per sperimentare concretamente le competenze in apprendimento; *feedback* continui ed efficaci, per valorizzare l'operato dello studente.

## Bibliografia

- Abele, A.E., Stief, M., Andrä, M.S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* Vol.44, Nr.3, 145-151
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy, mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Button, S. B., Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1996). Goal orientation in organizational research: A conceptual and empirical foundation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 67, 26-48.
- Lang-von Wins, T., Kaschube, J., Rosenstiel, L. von & Wittmann, A. (2003). Der Test zur beruflichen Orientierung und Planung.
- In J. Erpenbeck & L. v. Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung*. Nürnberg: Spektrum.

Pöhlmann, K. & Brunstein, J.C. (1997). GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostica*, 43, 63-79

# La qualità di vita professionale tra gli specializzandi in oncologia dell'Università di Padova. Dai risultati di una indagine esplorativa realizzata all'Istituto Oncologico Veneto ad un pensiero formativo mediato dalla narrazione per riscoprire il senso dell'essere medici in oncologia.

*Bobbo Natascia<sup>1</sup>, Rigoni Paola<sup>2</sup>, Tassoni Serena<sup>3</sup>, Pierfranco Conte<sup>4</sup>*

*1 Ricercatrice confermata in Pedagogia sociale e della salute Dipartimento FISPPA – Università degli studi di Padova - [natascia.bobbo@unipd.it](mailto:natascia.bobbo@unipd.it)*

*2 Sociologa ed Educatore professionale [rigonip@gmail.com](mailto:rigonip@gmail.com)*

*3 Psicologa del lavoro – docente a contratto Università di Padova [serena.tassoni@unipd.it](mailto:serena.tassoni@unipd.it)*

*4 Professore ordinario di Oncologia Dipartimento DISCOG – Università degli studi di Padova [pierfranco.conte@unipd.it](mailto:pierfranco.conte@unipd.it)*

**Obiettivo:** la qualità della vita professionale (Fingley, 1995) dei medici operanti in ambito oncologico dipende anche dal possesso di alcune competenze di metacognizione necessarie per rielaborare le esperienze di sofferenza e morte cui sono continuamente esposti. Lo scopo della ricerca quali-quantitativa realizzata presso lo IOV (Istituto Oncologico Veneto) era di rilevare il benessere percepito nello svolgimento del loro lavoro da parte degli specializzandi in oncologia medica, con attenzione alla qualità e quantità delle strategie psico-cognitive di selfcare in loro possesso.

**Metodo:** a partire da un paradigma di ricerca qualitativo ermeneutico (Ricoeur, 1983), è stata realizzata una indagine esplorativa mediante l'utilizzo di un protocollo di intervista semi-strutturato. Per una maggiore validità dell'indagine, è stata affiancata all'intervista la somministrazione di un test validato, il ProQol 5 (Stamm, 2010), che misura il benessere

percepito nello svolgimento del lavoro di cura (Compassion Satisfaction) e i livelli di esposizione ad alcuni disturbi vicari.

(*Compassion Fatigue e Burnout*). I dati raccolti, sia di natura quantitativa che qualitativa, sono stati sottoposti ad analisi tramite software dedicati.

Risultati: sono stati coinvolti 20 medici, di tutti e 5 gli anni di specializzazione. Il campione era costituito da 6 maschi e 14 femmine, età media 29 anni. Dall'analisi qualitativa delle interviste, è emersa una focalizzazione sul tema della morte del paziente come elemento atteso ma comunque critico e destabilizzante, forse per la mancanza di competenze relative ai processi di adattamento alla malattia e alla morte del paziente e loro gestione. Si evidenzia una qualità di vita professionale minata da protocolli di azione stabiliti secondo routine che non lasciano spazio al gesto umano e alla riflessione, in uno stillicidio continuo che conduce alla perdita del significato della morte e dell'essere medici. Il calo della motivazione rispetto ad una scelta professionale di solidarietà è accompagnato dalla sensazione che non coinvolgersi nella compassione possa divenire strategia di tutela adottabile. L'analisi statistica dei risultati del test validato conferma i dati qualitativi: la maggior parte degli specializzandi coinvolti risulta a rischio di burnout e ha punteggi bassi nella soddisfazione correlata al piacere di aiutare gli altri.

**Conclusioni:** i risultati dello studio appaiono coerenti ai dati di letteratura (Cheli, 2017). Un investimento metacognitivo limitato dai ritmi di lavoro, le esigue strategie di tutela costruttive possedute e l'assenza di conoscenze relative ai processi di adattamento del paziente alla malattia, appaiono come punti di aggancio per un pensiero formativo inteso come spazio esperienziale e narrativo (Charon, 2001) di condivisione, per accompagnarli con lentezza a trovare un nuovo equilibrio tra il sé e l'altro. In una relazione terapeutica che diviene così alleanza umana di cura.

### Riferimenti bibliografici

Charon R. (2001). Narrative Medicine, JAMA, 286(15): 1897-1902

Cheli et al. (2017). Organisational Problems and Solutions in Oncology: A Content Analysis of the Narratives of Italian Cancer Unit Professionals. The Qualitative Report, 22(1), 343

Fingley C. (editor) (1995) Compassion Fatigue, Routledge, New York, London Ricoeur, P. (1983). Dal testo all'azione. Milano, Jaca Book.

Stamm B. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2ndEd. Pocatello, ID

# Atteggiamento di studenti e studentesse verso la visita fra pari di mammelle e genitali

*Giuseppe Sollano, Martina Barazzuoli, Piersante Sestini, Francesca Gimigliano, Carlotta Kiekens, Stefano Negrini.*

<sup>1</sup> *Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena*

La visita fra pari (Peer Physical Examination, PPE), costituisce un metodo di simulazione per favorire un primo approccio degli studenti di medicina e di altre professioni sanitarie con il contatto col corpo e le tecniche di visita e di comunicazione, la cui accettabilità è stata documentata in una varietà di contesti culturali e professionali. Un argomento dibattuto, tuttavia, è l'accettabilità dell'estensione di questa tecnica all'esame di parti intime del corpo, come mammelle e genitali, considerata normale in alcune culture (ad esempio in Nord Europa), e in altre generalmente avversata. Tuttavia anche in questi ambienti vi è una piccola ma consistente percentuale di studenti di entrambi i sessi che si dichiara interessata. Abbiamo analizzato le risposte degli studenti che hanno partecipato a questa attività negli ultimi 3 anni (836 studenti, età  $21.4 \pm 1.4$  anni, 34% maschi, 76% di medicina), compilando il questionario EFS (Examining Fellow Student), che chiede quali parti del corpo lo studente è disposto a visitare a o a farsi visitare da altri studenti dello stesso o dell'altro sesso, sia all'inizio che al termine del corso. Inoltre abbiamo valutato quanti studenti chiedevano l'organizzazione di una ulteriore sessione su mammella, genitale maschile e genitale femminile (il nostro regolamento PPE le esclude espressamente dal corso). Prima del corso, si dichiaravano disponibili a visitare le mammelle a un'altra femmina il 61% delle ragazze, a farsi visitare da un'altra femmina il 55% e da un maschio il 14%. Non si osservavano cambiamenti significativi alla fine del corso. Per quanto riguarda i genitali femminili, le percentuali fra le femmine risultavano rispettivamente 32%, 24% e 5%, mentre si dichiaravano disponibili a visitare una femmina il 34% dei maschi. Al termine, le prime due percentuali diminuivano rispettivamente a 20% e 17% ( $p < 0.005$ ). Riguardo ai genitali maschili, fra i maschi si dichiaravano disponibili a visitarli o a farseli visitare ad un altro maschio rispettivamente il 32% e il 25% e da una femmina il 23%, mentre erano disponibili a visitarli il 15% delle femmine. I maschi disponibili a farsi visitare da una

femmina salivano a 30% ( $p=0.03$ ), ma le femmine disponibili a visitare un maschio si riducevano al 9% ( $p < 0.001$ ). Chiedevano di organizzare una sessione sulla mammella il 25% sia dei maschi che delle femmine. Tuttavia le sessioni (una prima fase su manichini aperta a tutti ed una seconda di PPE riservata alle ragazze) hanno raggiunto un numero sufficiente all'attivazione solo 3 volte, per un totale di 35 studenti, ed in un solo caso un gruppo di 5 ragazze ha proseguito fino alla sessione di PPE, peraltro con grande soddisfazione. Sessioni sul genitale maschile e femminile erano richiesti dall'8% delle femmine e 15% dei maschi. In molti casi, tuttavia, la richiesta era in contrasto con quanto dichiarato a proposito della disponibilità a visitare gli stessi organi nel questionario precedente e di fatto, non sono mai state organizzate per mancanza di volontari compatibili. In conclusione, sembra esistere una minoranza di studenti di entrambi i sessi tentata dalla PPE anche per queste parti anatomiche, ma appare frenata dall'incertezza.

# La speranza nel vissuto delle storie di malattia: un approccio qualitativo all'assistenza dei pazienti Pediatrici

Francesco Nunziata<sup>1</sup>, Leone Sara<sup>2</sup>, Clara Coppola<sup>3</sup>, Alfredo Guarino<sup>4</sup>, Grazie Isabella Continisio<sup>5</sup>

<sup>1</sup> medico - chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [franc.nunziata@gmail.com](mailto:franc.nunziata@gmail.com)

<sup>2</sup> studente, Scienze Infermieristiche Pediatriche presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [leonesara29@gmail.com](mailto:leonesara29@gmail.com)

<sup>3</sup> medico - chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [claracoppola18@gmail.com](mailto:claracoppola18@gmail.com)

<sup>4</sup> professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Infettivologia Pediatrica, AOU Policlinico Federico II, Napoli - [alfguari@unina.it](mailto:alfguari@unina.it)

<sup>5</sup> psicologa Psicoterapeuta, CRR HIV Pediatrico, Responsabile Ufficio Formazione Unico, AOU Federico II, Napoli - [continis@unina.it](mailto:continis@unina.it)

**Introduzione e scopo.** La speranza è il sentimento di aspettazione fiduciosa nella realizzazione, presente o futura, di quanto si desidera. Può dunque essere intesa come un'attesa ottimistica, più o meno giustificata, di un evento gradito o favorevole. Per i genitori di bambini con malattie croniche la speranza è un fattore importante nell'affrontare la malattia del loro bambino<sup>1</sup>, ma alcuni operatori sanitari temono la speranza per il rischio di aspettative non realistiche delle cure.

Abbiamo indagato il vissuto di speranza in storie di malattie croniche (Tubercolosi - TBC, Human immunodeficiency virus - HIV, Insufficienza intestinale cronica benigna -IICB) raccontate da genitori di pazienti in età pediatrica.

**Pazienti e metodi.** La speranza è stata studiata in 27 genitori di bambini con malattie croniche (TBC, HIV, IICB) di pari età e sesso. Ai fini di poter indagare la speranza è stato somministrato ai genitori un questionario specifico - Herth Hope Index (HHI)<sup>2</sup> composto da 12 affermazioni relative alla speranza associate a una likert scale (fortemente in disaccordo, in disaccordo, in accordo, fortemente in accordo). Sono stati inoltre raccolti dati sullo stato socio-economico e sulla istruzione dei genitori. I risultati sono espressi come le

percentuali del numero delle risposte favorevoli alla speranza (100% fortemente in accordo).

**Risultati.** Sono stati arruolati 27 genitori (24 femmine; età media  $38.4 \pm 7.5$  anni), di 10 pazienti affetti da TBC (9 femmine; età media  $10.8 \pm 4.1$  anni), 7 pazienti affetti da HIV (4 femmine; età media  $11.5 \pm 5.1$  anni) e 10 pazienti affetti da IICB (5 femmine; età media  $9.3 \pm 6.4$  anni). Dall'analisi dell'intero campione analizzato risulta un punteggio all'HHI Index di 40/48 per i genitori dei pazienti affetti da IICB, 40/48 per quelli affetti da TBC e 39/48 per i genitori dei pazienti HIV.

Analizzando l'intero campione si osserva che il 90% presenta speranza SI rispetto ad un 10% che presenta speranza NO. Nello specifico nei genitori IICB (94.2% speranza SI, 6 % speranza NO), nei genitori TBC (94% speranza SI, 6.0 % speranza NO) ed in quelli HIV (81% speranza SI, 19% speranza NO). La maggiore differenza tra le patologie esaminate è relativa all'item n°6 (Mi sento spaventato circa il mio futuro), hanno risposto affermativamente il 57.1% dei genitori dei pazienti HIV, 40 % dei genitori dei pz TBC e il 20 % dei genitori dei pazienti con IICB.

**Conclusioni.** In conclusione, possiamo dire che la speranza in assoluto è molto elevata nel mondo della pediatria. Tra le patologie analizzate, i genitori dei pazienti affetti da HIV presentano una minore speranza rispetto ai genitori dei pazienti affetti da IICB e TBC. In particolare, questi genitori sono spaventati per il futuro dei loro figli. Tale risultato probabilmente può derivare dallo stigma sociale che etichetta, tutt'oggi, i pazienti affetti da tale patologia, e anche dal proprio vissuto di malattia visto che le mamme sono a loro volta infette.

#### **Bibliografia:**

- 1 Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(7):653-657
- 2 Tumori, 98: 385-392, 2012



# Narrative meaning-making processes of breast cancer experience with underfifty women: a longitudinal research

*Martino, Maria Luisa<sup>1</sup>, Lemmo Daniela<sup>2</sup>, Gargiulo Anna<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Department of Humanistic Studies, Federico II University, Naples [-marialuisa.martino@unina.it](mailto:marialuisa.martino@unina.it)*

<sup>2</sup>*Department of Humanistic Studies, Federico II University, Naples [danielalemmo@unina.it](mailto:danielalemmo@unina.it)*

<sup>3</sup>*Department of Humanistic Studies, Federico II University, Naples [anna.gargiulo2@unina.it](mailto:anna.gargiulo2@unina.it)*

The onset of a breast cancer (BC) is a potential traumatic event that can overwhelm the personal adaptive skills also at distance from the end of medical treatments. In recent years there has been an increase of 30% in women under50, vulnerable target of scientific interest with specific needs. To date, however, the knowledge of narrative processing and coping with this experience by younger women appears to be lacking as well as the development of targeted psychological supports. The meaning-making processes of a traumatic experience, mediated by the narration, appears in the literature as key aspects to promote psychic elaboration and construction of well-being. Narrative research proposes significant markers of the narrative transformative process of the experience of illness which refer to a time following the end of medical care. In this case, the narrative is a re-constructive device for an already passed experience. The research project IMPRONTE aims to highlight narrative and diachronic markers of processing the breast cancer traumatic experience studying the narration as a device that promotes different functions, as a processes of meaning-making, during the different phases of medical treatment. IMPRONTE project, is longitudinal quali-quantitative research that allow us to meet the women during the different phases of the medical iter (pre-hospitalization; post-operative counseling; I° adjuvant therapy-chemotherapy/radiotherapy; follow-up). Each meeting is composed by the administration of testological tool (outcome and process measures) and the administration of an ad hoc narrative interview. This paper focus to explore the ways by which women under50 construct meaning and coping with BC during the pre-hospitalization as first phase of the

medical iter. At the Pascale Hospital of Naples, 50 narrative interviews were collected. The narrations were analyzed through an ad hoc methodology aimed at identifying, starting from the themes, the on-going meaning-making processes linked to the specific phase of medical treatment, as psychic functions that take shape in the texts. The analysis shows different narrative meaning-making processes: The construction of the narrative genesis; Re-transcription of warning signs; Setting up of emotional reactions at the onset; Why to me?; The continuity of pain: connection with similar experiences; Compartmentalization of the experience; Connection of emotions to future prefigurations; Meaning-making the horizontality of the time; Reconsideration of the relationship between the Self and the world; Over-investment of the transformative power of the cancer; The search for a narrative "right distance"; The search for the benefits of experience for oneself.

The narration becomes an opportunity to promote connections and transformations of the experience in a diachronic way, operating functions of putting into words the difficult to find words and constructing meaning in hic et nunc of the experience. These identified narrative processes will be connected with the quantitative results and they will be configured as markers of risk and/or resource with respect to the elaboration process and will lead to the construction of a Diacronic flow of Illness Narrative Processing Index useful tool for health operators to empower the support the different phases of breast cancer medical treatment within a preventive and personalized viewpoint.

**Keywords:** breast cancer; younger women; narrative

# The construct of Parental Sense of Grip of the disease: an empirical research

Savarese Livia<sup>1</sup>, De Luca Picione Raffaele<sup>2</sup>, Dolce Pasquale<sup>3</sup>, Freda Maria Francesca<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ph.D, Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

*livia.savarese@unina.it;*

<sup>2</sup> Ph.D, SINAPSI, Università degli Studi di Napoli "Federico II" *raffaele.deluicapione@unina.it*

<sup>3</sup> Ph.D, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II" *pasquale.dolce84@gmail.com*

<sup>4</sup> Ph.D, Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II" - *mfreda@unina.it*

**Introduction.** In the paediatric context parents play a crucial role both in the management of the disease and its therapeutic issues in daily life and in the affective and cognitive processes of elaboration and signification of the disease experience of their children (Fivush, 2006; Lecciso & Petrocchi, 2012; Streisand et al., 2001). The contribution discusses the Sense of Grip on the Disease as an *ad hoc* psychological construct aimed at exploring the processes of comprehension, dialogical exchange and management of the disease in paediatrics.

**Method.** The mixed-method *qualitatively driven* research design (Morse & Cheek, 2014; Thornberg, 2010) foresees a narrative analysis of the meaning-making processes of the chronic disease experience within three different contexts: Hereditary Angioedema, Type 1 Diabetes, and Juvenile Rheumatoid Arthritis. Narratives have been collected via an *ad hoc* semi-structured interview that mainly explores three domains of the disease experience: a) the interpretation of the disease and its variability; B) the dialogical processes related to the disease; c) the daily management of the disease. Moreover, each parent was administered the Reaction to Diagnosis Interview (Marvin & Pianta, 1996) as a measure of construct validity. Interviews have been analysed using an *ad hoc* coding grid. Statistical Analysis (non-hierarchical cluster analysis, Chi square test and linear regression model) have been executed to identify "Profiles of Grip" and to validate the construct with reference to the additional variables of "years elapsed from the diagnosis" and "specificity of the disease". **Results.** 4 "Profiles of Grip" have been identified and discussed: 1. Compliant; 2.



Limiting; 3. Reactive; 4. Dynamic. A significant correlation between “Profiles of Grip”, Profiles of Resolution of the diagnosis and the variable “specificity of the disease emerged.

**Conclusion.** The construct of Sense of Grip on the Disease highlights the strong connection between meaning-making and agentic processes and allow to understand, from the parents’ perspective, the hard process of elaboration of their children disease. Within a clinical perspective, the evaluation of the Parental Sense of Grip on the Disease represents a crucial first step for mapping the field and for orienting personalized interventions aimed at fostering the autonomy and the parental competence dealing with the disease.

# An e-Delphi study to identify the core competences of the Family and Community Nurse

Annamaria Bagnasco<sup>1</sup>, Giuseppe Aleo<sup>2</sup>, Gianluca Catania<sup>3</sup>, Francesca Pozzi<sup>4</sup>, Milko Zanini<sup>5</sup>, Loredana Sasso<sup>6</sup>, Gruppo del Work Package 2 del Progetto ENHANCE<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, [annamaria.bagnasco@unige.it](mailto:annamaria.bagnasco@unige.it)

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, [giuseppe.aleo@edu.unige.it](mailto:giuseppe.aleo@edu.unige.it)

<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, [gianluca.catania@edu.unige.it](mailto:gianluca.catania@edu.unige.it)

<sup>4</sup> Istituto per le Tecnologie Didattiche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Genova - [pozzi@itd.cnr.it](mailto:pozzi@itd.cnr.it)

<sup>5</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, [milko.zanini@edu.unige.it](mailto:milko.zanini@edu.unige.it)

<sup>6</sup> Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova [l.sasso@unige.it](mailto:l.sasso@unige.it)

<sup>7</sup> Clara Rodrigues (Future Balloons), Serena Alvino (Si4Life), Daniele Musian (Si4Life), Isabella Roba (A.Li.Sa), Hannele Turunen (UEF), Adriana Popa (EASPD), Mariana Vicente (Eurocarers), Ioanna V. Papathanasiou (TEI-Thessaly), Evangelos C. Fradelos (TEI-Thessaly), Sofia Kastanidou (TEI-Thessaly), Christos Kleisaris (TEI-Crete), Eftychia S. Evangelidou (ENE), Aristides Daglas (ENE), Konstantinos Stavropoulos (ENE).

**Aim.** Since no single framework for the Family and Community Nurse (FCN) exists, this study aimed to identify the FCN core competences in Europe.

**Methods.** Under the EU Project “ A European curriculum for family and Community nurse” (ENhANCE) a four-Round e-Delphi study involving 23 European experts in family and community nursing from 10 European countries, defined as a group of ‘informed individuals’ (McKenna, 1994) was conducted between March-July 2018.

**Results.** Through the e-Delphi study, a total of 27 core competencies were identified. The top 10, scored on a scale from 1-10, and the respective mean scores are hereby listed:

1. Use the best scientific evidence available. (9.61)
2. Systematically document and evaluate own practice. (9.28)
3. Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence. (9.23)
4. Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within the context of their cultures and communities. (9.14)

5. Provide patient education and build a therapeutic relationship with patients, informal carers and their families. (9.14)
6. Work together with the multidisciplinary team to prevent disease and promote and maintain health. (9.14)
7. Apply educational strategies to promote health and safety of individuals and families. (8.95)
8. Involve individuals and families in decisions concerning their own health and well-being. (8.95)
9. Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team. (8.95)
10. Communication competencies based on evidence in relation to a specific context. (8.90)

After discussing the 27 Core Competencies with the ENHANCE Project Partners, it was unanimously agreed that another important competence was missing: e-health.

Since, e-health is widely recognized as a health priority for the near future, the ENHANCE partners decided to include it as the 28th Core competence: "Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICT (e-Health)".

**Conclusions.** EU population ageing is a long-term trend that began several decades ago, placing many challenges at EU and national level. EU recommendations point out the importance of the family and community in the ageing process, emphasizing the role of Primary Health Care (PHC), frailty prevention, early detection and diagnosis. Due to the absence of a standardized Professional Profile (PP) for Family and Community Nurses (FCNs) at EU level, following the WHO and EU recommendations, the ENhANCE project is aimed to define a PP for FCNs. The 28 core competences defined through this e-Delphi study will serve as a baseline for the definition of a European, innovative, learning outcome-oriented modular curriculum for FCNs.

**Keywords.** Family & Community Nursing, competences

#### Reference

McKenna, H.P. (1994) The Delphi technique: a worthwhile approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing* 19, 1221–1225.

# Progetto pilota di peer education degli studenti tutor di Area Medica per studenti in difficoltà

Giuseppe Maiolino<sup>1</sup>, Monica Ulivelli<sup>2</sup>, Piersante Sestini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MD [maiolino@student.unisi.it](mailto:maiolino@student.unisi.it)

<sup>2</sup> MD [ulivelli@unisi.it](mailto:ulivelli@unisi.it)

<sup>3</sup> MD [piersante.sestini@unisi.it](mailto:piersante.sestini@unisi.it)

**Affiliazione:** Università degli Studi di Siena - Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze

**Obiettivo.** Obiettivo è la valutazione del progetto pilota “Assistenza allo Studio” realizzato dagli studenti Tutor di Area Medica nell'anno 2017-2018 per il Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia. Questo progetto di peer-education è stato realizzato al fine di raggiungere studenti con difficoltà verso specifici esami attraverso loro “pari” che potessero indirizzarli su richiesta alla metodica di studio, ad affrontare l'ansia pre-esame e/o assisterli con la sola ripetizione degli argomenti.

**Metodi.** È stato realizzato un questionario, compilabile in maniera anonima, costituito da 9 domande a risposta multipla. È stato inviato per email agli studenti che hanno usufruito del progetto senza alcun criterio di esclusione o inclusione. Hanno compilato il questionario 10/30 studenti assistiti.

**Risultati.** L'80 % è di sesso femminile. Il 60% è a metà del percorso formativo (30% del III e 30% del IV anno), mentre il 20% frequentava il V anno. I fuoricorso sono stati il 20%. Anatomia è stato l'esame con più alta richiesta (4/10), seguono patologia generale, biochimica, neurologia e semeiotica medica. Quasi la metà ha risposto di essersi servito del progetto a causa di un “blocco di tipo ansioso”, altre risposte sono state “necessità di un metodo di studio” (20%), “autovalutazione pre-esame (20%) e “difficoltà in specifici argomenti” (20%). Alla richiesta di valutare le capacità del tutor mediante scala numerica ordinale da 1 a 5 è emerso che il tutor è stato disponibile nel ricevere lo studente (punteggio medio 4,8), è stato chiaro ed organizzato (5), ha creato una situazione di comfort (5) e ha soddisfatto le esigenze (4,9) mentre la valutazione dei singoli aspetti degli incontri



ha dato come risultati che il tutor ha risolto i dubbi didattici (punteggio medio 4,7), placato l'ansia pre-esame (4,2), fornito un metodo di studio (4,5) e si è dimostrato un compagno/a di studi (3,9). Il 60% degli studenti ha superato l'esame al primo appello disponibile e il 40% pur non superandolo ha dichiarato di essere "più sicuro/a nell'affrontarlo". In una scala da 1 a 10 alla domanda "Come giudicheresti il progetto nella sua interezza?" il risultato medio è stato di

9,8. Alla domanda "Consigliaresti ad un tuo collega di corso di usufruire del progetto?" il 90% ha risposto "assolutamente sì" mentre il 10% ha risposto "sì".

**Conclusioni.** La problematica più comune che ha portato alla richiesta di assistenza è stata l'ansia da prestazione, soprattutto tra studenti del III-IV anno con Anatomia, che risulta l'esame più problematico. Il progetto ha avuto impatto positivo sugli studenti in difficoltà visto che il 60% ha superato l'esame al primo appello e il restante si dichiara più sicuro nell'affrontarlo. Gli studenti hanno apprezzato il progetto consigliandolo ai propri colleghi e individuato le caratteristiche del tutor ideale: disponibile, chiaro e organizzato, capace di creare una *comfort zone* e soddisfare le esigenze dello studente. Nell'anno accademico 2018- 2019 il progetto sarà ampliato e ridefinito, e una casistica più numerosa e informativa sarà nuovamente discussa.

**Parole Chiave.** peer-education, assistenza, ansia.



# Formazione alla relazione nel Corso di formazione specifica in medicina generale: dal caso didattico alla narrazione didattica.

*Mariagiovanna Amoroso<sup>1</sup>, Gaetano Giorgio d'Ambrosio<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>  
*Polo didattico di Barletta-Andria-Trani*

**Motivazione.** Nella formazione dei professionisti sanitari in Italia, le energie dispiegate nei confronti delle abilità comunicative sono estremamente variabili e generalmente scarse. Non fa eccezione la formazione specifica in Medicina Generale (CFSMG) nell'ambito della quale l'attenzione dedicata al rapporto medico-paziente è generalmente affidata all'iniziativa, all'esperienza e alla competenza dei singoli tutor o coordinatori.

**Obiettivi.** Presentare un progetto didattico sulla relazione medico – paziente formulato nell'ambito delle attività seminariali interdisciplinari del polo didattico BT del CFSMG della Puglia. In particolare, riferire sull'esperienza relativa all'utilizzo di “casi didattici” e “narrazioni didattiche” allo scopo di sensibilizzare i tirocinanti ad uno stile comunicativo che consenta di far emergere, oltre agli elementi utili alla diagnosi clinica, anche il vissuto di malattia del paziente ed i suoi bisogni inespressi.

**Materiali e Metodi.** L'esperienza si svolge nel contesto di un seminario di quattro ore. È stata realizzata con i tirocinanti del primo, secondo e terzo anno.

Nella prima parte del seminario si discute un “caso didattico” con le consuete modalità ovvero fornendo ai partecipanti solo i dati clinici utili per giungere alla diagnosi. Ai tirocinanti è richiesto di formulare un piano diagnostico-terapeutico sulla base delle informazioni fornite. Le proposte dei singoli tirocinanti sono raccolte individualmente e successivamente discusse in plenaria.

Nella seconda parte lo stesso caso è presentato sotto forma di “narrazione didattica”: un testo non strutturato ma che tuttavia è costruito avendo preliminarmente definito gli obiettivi educativi, le piste di dibattito e i vettori di apprendimento. Dopo una lettura

individuale del testo, ai partecipanti è richiesto di: a) descrivere le emozioni del medico e del paziente, b) individuare la condizione di disagio oltre il sintomo e le proposte suggerite da medico per affrontarlo, c) valutare se e in quale misura le informazioni emerse dalla lettura del testo possono modificare le scelte diagnostiche e terapeutiche adottate al termine della presentazione del caso didattico.

**Risultati e Discussione.** Dall'analisi delle risposte emerge una notevole potenzialità della "narrazione didattica" nel: a) rilevare i bisogni formativi dei singoli tirocinanti per quanto riguarda le competenze relazionali; b) stimolare la riflessione sulla utilità di adeguare lo stile comunicativo in funzione degli obiettivi del medico e dei bisogni del paziente nella consultazione; c) fare emergere alcune criticità dell'esperienza tutoriale.

In particolare, la "narrazione didattica", che per quanto ci risulta non ha precedenti in letteratura, si è rivelata uno strumento potente, particolarmente utile nel primo anno di corso in quanto in grado di sensibilizzare i medici in formazione alle dinamiche relative alla relazione medico-paziente, migliorare la capacità di percepire nel colloquio col paziente anche gli elementi della comunicazione che non sono correlati a problematiche strettamente biologiche.

Naturalmente l'analisi di narrazioni didattiche rappresenta solo un primo approccio alla formazione sulle problematiche relazionali che può avvalersi di molte altre opzioni didattiche quali corsi sulla comunicazione, gruppi Balint, corsi di cine-education, incontri con pazienti formatori, oltre alla fondamentale ed irrinunciabile pratica clinica, guidata da tutor formati alla didattica della relazione medico – paziente.

# Laboratorio di Medical Education per studenti universitari in peer education (1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> edizione).

*Agresti Giuseppe<sup>1</sup>, Francesca Pucci<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *SISM (Segretariato Italiano Studenti Medicina)*

<sup>2</sup> *SISM (Segretariato Italiano Studenti Medicina)*

**Obiettivo.** Riteniamo importante che gli studenti di medicina di oggi, medici del domani, siano costruttivamente critici nei confronti del loro percorso universitario. Qualsiasi riflessione a riguardo però non può prescindere da una approfondita conoscenza dei contenuti e delle metodologie della Medical Education in modo da renderli parte attiva nel miglioramento continuo della loro formazione e nella diffusione di tale consapevolezza tra gli altri studenti. Per questo tale laboratorio si pone l'obiettivo di aumentare il sapere, il saper fare ed il saper essere riguardo la Medical Education.

**Metodologie.** Durante i 4 giorni di laboratorio residenziale è stata sfruttata dai formatori (anch'essi studenti) una combinazione di didattica frontale e non frontale con ampio uso di brainstorming, discussioni, simulazioni, role play per consentire ai discenti di acquisire competenze (sapere e saper usare) in ambito di Medical Education e sviluppare numerose soft skills. In particolare sono stati trattati Assessment, Teaching & Learning Theories, Curriculum Development & Design, Advocacy, Social Accountability, Interprofessional Education e di Leadership, Comunicazione Efficace, Project Management. Ai partecipanti (32 I ed e 24 II ed), selezionati tramite motivation letter, follow-up plan e curriculum, sono state somministrate diverse evaluation ed una survey per valutare l'impatto del laboratorio. Le edizioni si sono svolte nell'autunno 2016 e 2017. La survey finale somministrata ad agosto 2018 ha visto una percentuale di risposta partecipanti del 41% (I ed.) e del 66% (II ed.).

**Risultati.** È interessante notare come i risultati delle due edizioni siano estremamente sovrapponibili. Lo studente medio è tra il terzo anno ed il quarto anno (3,38; 3,88).

Le sue soft skills sono migliorate (dal 37% e 31% al 69% e 69%) e le ha utilizzate per trasmettere le conoscenze apprese (54% e 75%). Dal punto di vista della Medical Education l'evento ha nettamente incrementato la sua consapevolezza del percorso universitario (da 42% e 44% a 83% e 83%) e dei problemi che lo affliggono (92% e 94%), non riuscendo tuttavia a risultare particolarmente incisivo nel suo miglioramento (23% e 38%). Oltre ad un impatto nella formazione personale, sono state intraprese varie iniziative che hanno sfruttato le conoscenze e competenze apprese indicando il successo dell'evento nella formazione di formatori.

**Conclusioni:** I risultati delle prime due edizioni sono stabili ed incoraggianti. Mostrano un miglioramento nei discenti sia nel sapere che nel saper fare. L'utilizzo di tali competenze risultano utili nell'organizzazione di iniziative autonome più che per incidere nel curriculum universitario ufficiale. Tali spunti saranno utili per organizzare e monitorare le successive edizioni.

# Stress negli studenti di infermieristica: uno studio descrittivo

Olivazzi Federica<sup>1</sup>, Polieri Pietro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Infermiera dell'ASST Spedali Civili di Brescia e Professore a contratto Università degli studi di Brescia

<sup>2</sup> Infermiere di Area Critica dell' Ulss3 Serenissima

**Introduzione.** I professionisti della salute sono sottoposti a livelli significativi di stress professionale, che possono condurre a malattia, aumento di comportamenti a rischio e alti tassi d'infortunio (Harris N, 2001). Studi recenti hanno evidenziato alti tassi di stress anche per gli studenti infermieri, evidenziando cali motivazionali, presenza di *distress* e rischio sempre maggiore di *burnout* (Timmins F et al., 2002; Schaufeli WB et al., 2002; Deary IJ et al., 2003; Beresin R, 2007).

In Italia sono presenti alcuni studi che, ricercano le cause dell'abbandono universitario, riscontrando tra le principali cause, l'eccessiva richiesta di impegno, le problematiche emotive e la delusione delle aspettative (De Stefani C et al., 2008; Dante A et al., 2009; Vitale E et al., 2013); la mancanza di tempo libero a disposizione e alla scarsa qualità percepita nelle relazioni sociali. (Lombardini M et al., 2013). I soggetti più a rischio sono le studentesse, pendolari (Braccagni J et al., 2013).

**Obiettivo.** Il principale obiettivo di questo studio è quello di quantificare il livello di stress negli studenti del 3° anno del Corso di laurea in Infermieristica di una Università campana. L'obiettivo secondario è quello di verificare eventuali correlazioni tra lo stress e l'anno di corso.

**Metodi.** L'indagine, di tipo descrittivo, è stata svolta su un campione di convenienza, raccogliendo dati attraverso due modelli la Symptoms of Stress Table e la Perceived Stress Scale. Ai partecipanti è stata fornita una lettera di presentazione che illustrava lo scopo dello studio e le modalità di conduzione della ricerca e si evidenziava la volontarietà nella partecipazione. La raccolta e l'analisi dei dati è avvenuta garantendo l'anonimato.

**Risultati.** Sono stati raccolti 65 questionari rispetto ai 73 distribuiti, pari ad una percentuale di risposta dell'89%, di questi ultimi 61 completi in ogni parte (83%).

La popolazione studiata consiste in studenti infermieri del terzo anno del corso di Laurea in Infermieristica, 25 uomini e 48 donne, con range di età 19-35 anni, 19 dei quali provenienti da fuori, nessuno proveniente da fuori regione. Ad una prima analisi delle rilevazioni tramite Symptoms of Stress Table (SST) e Perceived Stress Scale (PSS) è possibile rilevare frequenze elevate, per episodi di mal di testa e di incapacità di controllare l'irritazione e incapacità di far fronte agli impegni. Le donne hanno frequenze più alte degli uomini, circa i disturbi del sonno e la sintomatologia tende a diminuire nei soggetti della fascia di età più elevata.

**Conclusioni.** I risultati saranno confrontati con i risultati derivanti dalla revisione di letteratura consultata, parte integrante del progetto che intendiamo poi realizzare, estendendo l'indagine conoscitiva nel tempo e in altre realtà del paese. Questo studio, pur avendo un valore statistico relativo ed un grado di approfondimento limitato, vuole stimolare l'attenzione sull'argomento, nell'intento di favorire soluzioni alle problematiche emerse.

**Parole chiave.** Stress symptoms, stress perception, clinical training, nursing students, burnout.

# Transizione dal metodo tradizionale al metodo dell'Esame Clinico Obiettivo Strutturato (OSCE) nella valutazione dell'esame di Tirocinio: l'esperienza in un Corso di Studio Triennale di Infermieristica.

*Alessandro Delli Poggi<sup>1</sup>, Michela Postumi<sup>2</sup>, Elsa Di Bonifacio<sup>3</sup>, Daniela Macciocchi<sup>3</sup>, Ginevra Toma<sup>3</sup>, Benedetta Colasanti<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> *Direttore didattico - PhD Student Università di Roma Tor Vergata*

<sup>2</sup> *Dottoressa in Infermieristica;*

<sup>3</sup> *Tutor Professionale didattico;*

**Obiettivo.** L'obiettivo di questa sperimentazione è comparare il metodo di valutazione tradizionale utilizzato nell'esame di Tirocinio annuale con il metodo dell'Esame Clinico Obiettivo Strutturato (OSCE), per attribuire una valutazione il più aderente possibile alle competenze cliniche possedute dallo studente durante lo svolgimento dell'esame Infermieristica Tirocinio I".

**Metodo.** Sono stati selezionati 20 studenti iscritti al I anno di corso e divisi in 2 gruppi; un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo.

Al gruppo di controllo è stato somministrato un questionario iniziale sulla valutazione e, dopo la compilazione, è stato sottoposto alla prova cognitiva propedeutica, articolata in 30 domande a risposta chiusa, valutata attraverso la compilazione di un questionario meccanografico. A correzione avvenuta gli studenti hanno svolto la seconda parte dell'esame; la prova psicomotoria/gestuale. Questa prevede la risoluzione di un breve caso clinico, scelto e sottoposto dalla commissione esaminatrice, e lo svolgimento di una procedura infermieristica, in simulazione, inerente al caso clinico precedentemente discusso. Al termine di entrambe le prove di esame, è stato compilato un questionario di gradimento.

Al gruppo sperimentale è stato somministrato lo stesso questionario iniziale compilato dal gruppo di controllo ma, ad avvenuta compilazione, ha preso parte ad una lezione teorica

nella quale gli sono stati esposti le nozioni teoriche di base e i concetti chiave dell'Esame Clinico Obiettivo Strutturato. Al termine della lezione gli studenti hanno compilato un questionario di verifica delle conoscenze apprese. Dopo la correzione, al gruppo sperimentale è stato chiesto di svolgere, in simulazione, una procedura infermieristica, uguale per ogni studente, rispettando le rigide linee guida per lo svolgimento pratico della sessione OSCE. Agli studenti è stato dato un tempo prestabilito e limitato, per portare a termine la procedura, di 10 minuti. Sono stati valutati sulla base di una *check-list* precedentemente redatta dagli stessi esaminatori i quali hanno deciso gli atti irrinunciabili e il valore numerico di ogni azione componente la procedura (come previsto dal metodo strutturato OSCE). Poiché le abilità cliniche richieste erano uguali per ogni studente, al termine di ciascuna simulazione, gli esaminati sono stati collocati in una stanza adiacente a quella dove gli esaminandi aspettavano di svolgere la procedura. Al termine della giornata anche a questi studenti è stato chiesto di compilare il questionario di gradimento.

**Risultati.** Dalla correzione dei questionari di verifica delle conoscenze apprese è emerso che più del 90% degli studenti ha compreso ed appreso le nozioni teoriche trasmesse. Questo risultato non è però stato raggiunto nell'applicazione pratica della sessione OSCE. Analizzando i dati emersi dalle *check-list* compilate è emerso che nell'80% dei casi la procedura richiesta non è stata portata a termine perché non sono stati eseguiti o eseguiti erroneamente gli atti irrinunciabili stabiliti dalla commissione, e nel restante 20% dei casi l'esaminato non ha saputo concludere la simulazione nel tempo prestabilito.

**Conclusioni.** Sulla base dei risultati ottenuti e dall'analisi delle criticità riscontrate, nel rispetto delle linee guida dell'OSCE riportate in letteratura, questo nuovo strumento di valutazione necessita, di un periodo di realizzazione ben più lungo rispetto alle aspettative di un utilizzo precoce su studenti che abbiano ricevuto una valutazione di tipo tradizionale. Questa necessità diviene assolutamente irrinunciabile quando l'applicazione dell'Esame Clinico Obiettivo Strutturato deve essere estesa ad una platea numerosa di studenti, quale quella che rappresenta i Corsi residenziali del Ns Ateneo. Questa variabile determina anche una seria difficoltà nella valutazione della componente relazionale ed educativa, prevista nelle stazioni OSCE, in mancanza di risorse logistiche e per il tempo necessario per ciascun studente, richiedendo così un adattamento alle necessità senza tuttavia precluderne l'oggettività della valutazione.



# HIN (Health Issue Network): metodo per estrarre casi clinici dalle cartelle cliniche della medicina generale per la formazione e l'aggiornamento basato sul Case\_Base Learning

Fabrizio L. Ricci<sup>1</sup>, Fabrizio Consorti<sup>2</sup>, Fabrizio Pecoraro<sup>3</sup>, Daniela Luzi<sup>4</sup>, Valentina Mingarelli<sup>5</sup>, Oscar Tamburis<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio Virtuale di Sanità Elettronica – Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), [f.ricci@irpps.cnr.it](mailto:f.ricci@irpps.cnr.it)

<sup>2</sup> Dipartimento per le scienze chirurgiche, Università di Roma "Sapienza"

[& Società Italiana di Educazione Pedagogia Medica], [fabrizio.consorti@uniroma1.it](mailto:fabrizio.consorti@uniroma1.it)

<sup>3</sup> Istituto per la ricerca sulla popolazione e le politiche sociali – CNR, [f.pecoraro@irpps.cnr.it](mailto:f.pecoraro@irpps.cnr.it)

<sup>4</sup> Istituto per la ricerca sulla popolazione e le politiche sociali – CNR, [d.luzi@irpps.cnr.it](mailto:d.luzi@irpps.cnr.it)

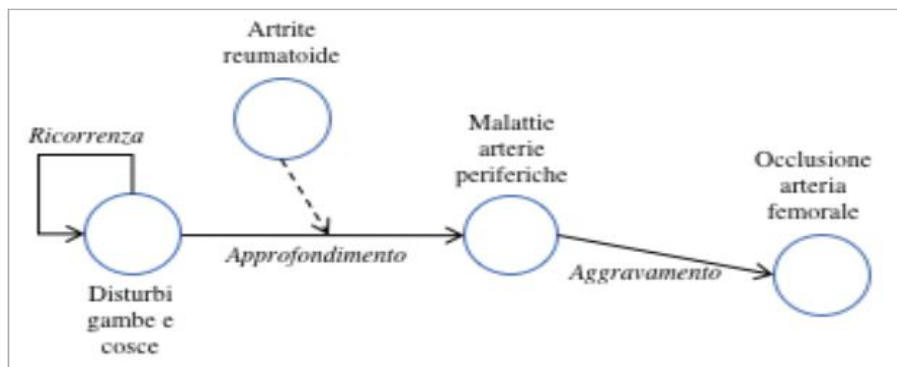
<sup>5</sup> Dipartimento per le scienze chirurgiche, Università di Roma "Sapienza", [valentina.mingarelli@uniroma1.it](mailto:valentina.mingarelli@uniroma1.it)

<sup>6</sup> Dipartimento di Medicina Veterinaria e Produzioni Animali, Università di Napoli "Federico II", [oscar.tamburis@unina.it](mailto:oscar.tamburis@unina.it)

**Obiettivo.** Definizione di un linguaggio grafico (f-HIN) per descrivere l'evoluzione di un problema clinico: l'evoluzione è intesa come rete di problemi di salute. La descrizione del problema genera un'interrogazione di un sistema di gestione di cartelle cliniche (query) per estrarre casi clinici anonimizzati da cartelle cliniche di MMG. I casi estratti, opportunamente elaborati ed arricchiti, diventano casi didattici per l'utilizzo in ambiente CBL.

**Metodi.** Il metodo si basa su: a) un linguaggio grafico (f-HIN), utilizzato dal medico docente; b) un equivalente modello formale (HIN). HIN permette sia di generare la query che di misurare la "distanza" tra l'obiettivo didattico e il caso estratto dalla cartella clinica. Il diagramma f-HIN è composto da: a) nodi che esprimono i problemi clinici (es. diagnosi, ipotesi diagnostica, sintomo, etc.); b) archi (elementi di collegamento tra i nodi) che esprimono l'evoluzione di un problema. Sugli archi si pone la condizione: a) se l'evoluzione non cambia la natura del problema (aggravamento, approfondimento, miglioramento, ricorrenza), l'arco è intero; b) se l'evoluzione genera un ulteriore problema (complicanza) di natura diversa da quella iniziale, oppure se un problema agisce da elemento di co-morbosità, l'arco è tratteggiato.

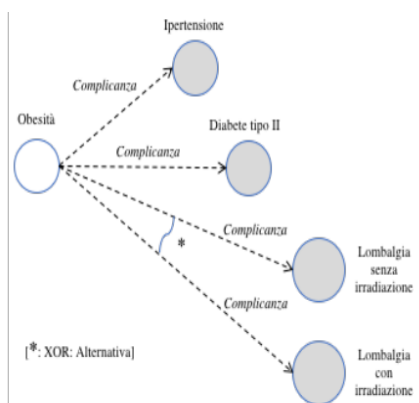
Es.: paziente dichiara ripetuti dolori alle gambe e cosce; in presenza di artrite reumatoide come comorbidità, la diagnosi riconosciuta è malattia delle arterie periferiche che in seguito si aggrava nell'occlusione dell'arteria femorale.



**Risultati.** Il metodo è stato testato con successo su cartelle cliniche gestite da Millewin©. Ogni test ha coinvolto un medico docente che ha definito il diagramma f-HIN, un informatico che ha formulato la query, e infine un secondo medico che ha valutato i risultati del test. I test hanno fornito inoltre indicazioni su come implementare in maniera semiautomatica il metodo.

Un test effettuato aveva come obiettivo didattico riconoscere l'evoluzione temporale dei problemi e le loro correlazioni in un paziente con sindrome metabolica. La rete di problemi di salute parte dall'obesità che si complica in ipertensione, diabete e in lombalgia con o senza irradiazione.

Per creare casi didattici, si sono cercati casi clinici di pazienti che, essendo obesi, hanno riscontrato in seguito diabete, ipertensione e lombalgia solo con irradiazione. La figura evidenzia: 1) la f-HIN definita dal medico docente (lato sinistro); 2) la query formulata per estrarre i casi reali dalla cartella clinica (lato destro).



Prova\_3

Salva su File   Cripto

Periodo: dal 01.01.1900 al 28.03.2018

```
SELECT DISTINCT R.codfiscale, R.cognome, R.icd9, R.dataopen, S.icd9, S.dataopen, T.icd9, T.dataopen, W.icd9, W.dataopen FROM v_problemi R, v_problemi S, v_problemi T, v_problemi W WHERE (R.codfiscale=S.codfiscale AND R.codfiscale=T.codfiscale AND R.codfiscale=W.codfiscale) AND (R.icd9 =
```

Righe N. 1

Codfiscale	Cognome	Icd9	Dataopen	Icd9	Dataopen	Icd9	Dataopen	Icd9	Dataopen
CCCCC11C20H1	COGNOME3	278.00/00	28/03/15	401.1/00	28/03/16	250.00/00	28/03/17	724.3/00	28/02/18

**Conclusioni.** HIN è una metodologia che permette di utilizzare una cartella clinica di MMG (di tipo problemoriented, ossia in cui ogni informazione è collegata al relativo problema clinico) quale fonte di casi clinici da estrarre a fini didattici e di esercitazione per le scuole di formazione e i corsi di aggiornamento. Si offre pertanto la possibilità di avere situazioni “virtuali” di training of the job operando su casi reali o realistici, usufruibili anche in ambiente FAD.

**Parole Chiave.** CBL, medicina generale, cartella clinica

### **Bibliografia**

Ricci F.L., Consorti F., Pecoraro F., Luzi D., Mingarelli V., Tamburis O. (2018). HIN – *Health Issue Network as means to improve Case-Based Learning in health sciences education*. Proceedings of EFMI STC 2018, Zagabria, 15-17/10 (forthcoming).

Ricci F.L., Consorti F., Pecoraro F., Luzi D., Mingarelli V., Tamburis O. (2018). *HIN: manuale per l'utente medico*. CNR-report.

# Medicina Narrativa ed Apprendimento nelle Scuole Superiori. Strategie e sfide educative per i futuri professionisti della salute

*Lo Piccolo Serafina<sup>1</sup>, Cogo Fabrizia<sup>2</sup>, Negro Daniela<sup>3</sup>, Targhetta Dur Diego<sup>4</sup>,  
Ardissone Lorenzo<sup>5</sup>*

*<sup>1</sup>Amministrativa ASL TO4 e Docente collaboratore CLI di Torino, ASL TO4 sede di Ivrea, Università degli Studi di Torino*

*<sup>2</sup>Tutor professionale, CLI di Torino, ASL TO4 sede di Ivrea, Università degli Studi di Torino*

*<sup>3</sup>Assistente Sanitaria, Servizio Materno Infantile ASL TO4*

*<sup>4</sup>Coordinatore del CLI di Torino ASL TO4 sede Ivrea, Università degli Studi di Torino*

*<sup>5</sup>Direttore Generale ASL TO4*

**Introduzione** Oggi più che mai, in un tempo segnato dalla velocità, dalla fretta, dall'attivismo frenetico, c'è bisogno di recuperare la riflessione lenta per essere veramente strumento di aiuto. La comprensione umana e la sensibilità di coloro che si prendono cura della persona assistita si acquisiscono anche attraverso la metodologia della narrazione, dove il soggetto in apprendimento narra di sé. Partendo da queste riflessioni, operatori sanitari esperti e docenti del Corso di Laurea in Infermieristica, hanno realizzato un Laboratorio sperimentale di Medicina Narrativa in un Istituto Superiore, centrato sul significato di prendersi cura della persona. Dal 2013 al 2016 è stato realizzato un laboratorio narrativo sul senso della malattia-cura-benessere, inserito, nello specifico, all'interno di un progetto di "Alternanza Scuola-Lavoro", dove sono stati coinvolti direttamente studenti del triennio dell'area Socio-Sanitaria che hanno ricevuto una formazione mirata sulle tematiche di relazione, empatia, empowerment.

**Obiettivo.** L'obiettivo di questo laboratorio è stato in primis di allontanarsi all'apprendimento ridotto ad una catena di montaggio, in secondi di sostenere un processo educativo (slow education) che ha creato uno spazio dove gli studenti hanno costruito le loro esperienze di apprendimento reali per imparare più lentamente e liberamente per sviluppare le capacità di ascolto attivo e di sensibilità culturale, attraverso un'educazione autentica.

**Lo scopo** di questo progetto è stato non solo quello di fornire gli strumenti della Medicina Narrativa ma quello di utilizzare, il momento dell'Alternanza Scuola – Lavoro, come occasione per promuovere il benessere emotivo degli studenti dove trascorrere del tempo per prendersi cura e condividere, parlare e fare le cose gli uni per gli altri.

**Metodologie e strumenti.** Reflecting, scrittura autobiografica. La Medicina Narrativa e l'Antropologia Medica sono stati gli ambiti disciplinari del progetto utili per accrescere negli studenti la dimensione di umanizzazione ed il rispetto per la diversità nei contesti di cura. Il laboratorio è strutturato in 8 incontri.

**Interventi.** Nello spazio autobiografico, i ragazzi hanno messo in scena il proprio Sé, ed hanno portato alla luce esperienze di malessere e di disagi relazionali. Da queste suggestioni sono stati realizzati incontri seminariali all'Università.

**Risultati.** Sono state raccolte: 184 narrazioni, 8 cartelloni, 23 fiabe, 4 poesie.

**Conclusioni.** Questo progetto ha dato agli studenti la possibilità di prendere parola “senza limiti di tempo”, ha offerto l'opportunità di comprendere meglio cosa significa essere oggi, operatori della salute e cosa li motiva in questa scelta. Realizzare questo laboratorio e sperimentare la metodologia della Medicina Narrativa come modalità di apprendimento alternativo, ha significato valorizzare una scuola che dà la possibilità agli studenti di essere navigatori flessibili all'interno di un progetto educativo e che offre ai ragazzi strumenti per diventare responsabili di se stessi, con l'obiettivo di creare spazi di riflessione, di consapevolezza di dialogo e di confronto. Ha consentito lo sviluppo di competenze personali ed ha rappresentato un'ottima occasione di orientamento anche volto a favorire una scelta più responsabile del percorso universitario soprattutto per quanto riguarda le lauree sanitarie

Antonio Nanni, 1996, *La pedagogia narrativa: da dove viene e dove va*, in: Raffaele Mantegazza, a cura di, 1996, *Per una pedagogia narrativa*, Bologna, EMI

# Narrative medicine based. Pratiche di narrazione per la formazione degli studenti infermieri alla relazione di cura con persone disabili/famiglie

*Cinzia Tortola<sup>1</sup>, Daniela Bergonzo<sup>2</sup>, Luana Chiantor<sup>3</sup>, Claudia Contratto<sup>4</sup>, Andrea De Lorenzo Poz<sup>5</sup>, Beatrice Graziani<sup>6</sup>, Stefano Sestigiani<sup>7</sup>*

*<sup>1</sup> Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2 Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [cinzia.tortola@unito.it](mailto:cinzia.tortola@unito.it)*

*<sup>2</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [daniela.bergonzo@unito.it](mailto:daniela.bergonzo@unito.it)*

*<sup>3</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [luana.chiantor@unito.it](mailto:luana.chiantor@unito.it)*

*<sup>4</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [claudia.contratto@unito.it](mailto:claudia.contratto@unito.it)*

*<sup>5</sup> Psicologo Psicoterapeuta - [andreadlp@libero.it](mailto:andreadlp@libero.it)*

*<sup>6</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [beatrice.graziani@unito.it](mailto:beatrice.graziani@unito.it)*

*<sup>7</sup> Psicologo, Psicoterapeuta, Infermiere presso Servizio di Cure Domiciliari Settore Disabilita ASL Città di Torino - [stefano.sestigiani@unito.it](mailto:stefano.sestigiani@unito.it)*

Lo sviluppo della competenza narrativa dovrebbe essere parte integrante nel percorso di apprendimento degli studenti del corso di Laurea in Infermieristica in quanto migliora la comprensione delle persone assistite sostenendo la qualità delle prestazioni erogate. L'approccio narrativo sviluppa empatia e capacità di comprendere i bisogni in un'ottica di personalizzazione delle cure integrando e completando l'usuale visione clinica fondata sull'EBM andando ad esplorare la dimensione della malattia come esperienza di vita.

La Medicina basata sulla narrazione (N.B.M.) risulta particolarmente necessaria nella gestione di situazioni di malattie cronico degenerative, in cui gli attori in gioco, la persona e la sua famiglia, sono “protagonisti e co-autori del percorso di cura”.

**Obiettivo:** sviluppare negli studenti infermieri, la competenza narrativa sperimentando un apprendimento clinico che preveda la raccolta delle storie di malattia, l'autoriflessione e l'abilità di leggere e comprendere l'esperienza vissuta dalle persone assistite. Un particolare focus di attenzione è rivolto agli elementi che hanno generato resilienza nelle persone assistite o nei loro famigliari, al fine di comprendere le modalità e le strategie utilizzate per affrontare creativamente le difficoltà generate da una malattia cronica grave.

**Materiali e Metodi.** Sono stati arruolati 7 studenti del II anno che hanno seguito un percorso formativo sui temi e sui principali strumenti della Medicina basata sulla narrazione. Successivamente ciascun studente ha preso in carico una persona disabile e ha condotto 5 visite domiciliari con l'obiettivo di raccogliere la narrazione della storia di malattia della persona assistita e della sua famiglia. Sono stati utilizzati diari narrativi dell'esperienza, che si è conclusa con la stesura di una narrazione

scritta con il metodo dello Story Sharing Intervention (SSI). Gli studenti hanno fruito di supervisione periodica individuale e di gruppo.

**Risultati.** L'esperienza di apprendimento ha permesso agli studenti di sviluppare capacità di riflessione sul significato del caring e di comprensione dell'esperienza vissuta dalle persone disabili e dalla famiglia. I diari narrativi e la costruzione congiunta delle storie scritte, condivise o create insieme agli assistiti testimoniano il valore formativo di questa esperienza.

**Conclusioni.** Sperimentare nel percorso di apprendimento una pratica di cura umana nella presa in carico di persone disabili con i metodi e gli strumenti della Medicina basata sulla narrazione permette di comprendere la storia delle persone malate e della loro famiglia, spostando il baricentro da una visione monocentrata ad una visione pluralistica che permette di vedere, udire, percepire in modo diverso il proprio ruolo di curante.

**Parole chiave.** Apprendimento clinico; competenza narrativa, studente infermiere, persone con disabilità.



**Bibliografia**

- Centro Nazionale Malattie Rare. Conferenza di consenso 2015 “Linee di indirizzo per l’utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico---assistenziale, per le malattie rare e cronico---degenerative”.
- Charon R. Narrative medicine: Form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine* January 2001; 134, 1: 83---7.
- Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med* 2004; 350; 862
- DasGupta S, Charon, R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. in *Acad Med* 2004;79(4):351---356.
- Gensini GF. Integrative medicine in the perspective of P4 Medicine. *European Journal of Integrative Medicine* 2012; 4, 1: 7
- Garrino L. *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*. Edi.Ermes-divisione Centro Scientifico Editore, Milano: 2010.
- Giarelli G, Good BJ, Del Vecchio Good M---J, Martini M, Ruozi C. *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l’integrazione possibile*. Franco Angeli, Milano: 2005.
- Zannini L. *Medicina Narrativa e Medical Humanities*. Cortina, Milano:2008.



# Il "bravo studente" nell'immaginario dei tutor clinici del corso di laurea in infermieristica: studio descrittivo qualitativo fenomenologico sugli aspetti che il formatore osserva, considera, esprime nel momento in cui giudica uno studente.

*Cinzia Tortola<sup>1</sup>, Monica Orlandin<sup>2</sup>, Daniela Bergonzo<sup>3</sup>, Luana Chiantor<sup>3</sup>, Claudia Contratto<sup>4</sup>, Beatrice Graziani<sup>5</sup>*

*<sup>1</sup> Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2 Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [cinzia.tortola@unito.it](mailto:cinzia.tortola@unito.it)*

*<sup>2</sup> CPSE infermiere Nefrologia Dialisi p.o. San Giovanni Bosco Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino"- [orlandinm@gmail.com](mailto:orlandinm@gmail.com)*

*<sup>3</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [daniela.bergonzo@unito.it](mailto:daniela.bergonzo@unito.it)*

*<sup>4</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [luana.chiantor@unito.it](mailto:luana.chiantor@unito.it)*

*<sup>5</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [claudia.contratto@unito.it](mailto:claudia.contratto@unito.it)*

*<sup>6</sup> Infermiere Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica Azienda Sanitaria Locale " Città di Torino" ex ASL TO2, Torino Dipartimento Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Scuola di Medicina Università degli Studi di Torino - [beatrice.graziani@unito.it](mailto:beatrice.graziani@unito.it)*

**Obiettivo.** L'apprendimento clinico (tirocinio) costituisce, nella formazione infermieristica, il momento in cui lo studente, accompagnato dal Tutor clinico, sperimenta abilità e applica

conoscenze teoriche, elementi che caratterizzano l'esperienza formativa finalizzata ad acquisire nuove competenze. In base a quali significati e criteri di giudizio sono però valutate tali competenze? Lo studio si propone di descrivere il significato attribuito dal tutor clinico nel definire "bravo" uno studente.

**Metodi.** È stato condotto uno studio descrittivo qualitativo di tipo fenomenologico (maggio 2018), su un campione propositivo di Tutor clinici del Corso di Laurea in Infermieristica, con formazione tutoriale di 1 livello ed esperienza almeno triennale nella funzione. Sono state condotte 17 interviste non strutturate (domanda aperta "chi è per te il bravo studente?"), audio registrate, trascritte e analizzate mediante il metodo di Giorgi A, fino a saturazione dei dati.

**Risultati e discussione.** Per il tutor clinico, il "bravo studente" è colui che riesce a porsi in un'ottica di scoperta e curiosità, con capacità di osservare e comprendere aspetti complessi dell'agire infermieristico. Possiede basi teoriche, si auto-valuta, ricerca e discrimina le occasioni formative. Pone attenzione nel cogliere specificità del contesto di apprendimento. Possiede capacità relazionali con la persona assistita e il gruppo di lavoro, gestisce le emozioni aiutando innanzitutto se stesso. Seguendo un approccio simbolico-metaforico è descritto come un "camaleonte" che muta più o meno consapevolmente per aderire alle aspettative dei formatori. Il tutor, nel duplice ruolo di formatore e valutatore, vive faticosamente il momento della certificazione e del giudizio, capacità che richiede "manutenzione" continua attraverso un percorso di supervisione esperienziale. Percepisce invece la valutazione

formativa come momento positivo e gratificante, in cui ritrova una equilibrata collocazione, come in un "puzzle da costruire insieme" allo studente.

**Conclusione.** Nel definire il "bravo studente", molte variabili entrano in gioco richiamando valori personali, culturali, professionali, e modelli organizzativi dei contesti sanitari. Punti di forza e criticità sottendono il processo di valutazione e si delineano nella metafora del "bravo studente". Il "viaggiatore" che intraprende il percorso formativo con la valigia di conoscenze lungo un processo di trasformazione; lo stratega che organizza, decide e agisce per raggiungere i suoi obiettivi formativi; il brutto anatroccolo che nutrito e accudito può affrontare in serenità l'esperienza trasformativa; la matrioska che impara a muoversi nell'organizzazione più grande; il marinaio che si equipaggia per affrontare il mare delle relazioni; il porcospino che impara a gestire le giuste distanze nelle relazioni. Il successo

formativo si fonda sulla qualità della relazione educativa, dove il tutor rappresenta la bussola in grado di orientare costantemente lo studente verso la sua crescita formativa. Il Tutor quindi si trova impegnato in prima persona a far emergere il “cigno” presente in ogni studente, in un’azione fortemente maieutica che deve connaturare costantemente il suo agire

educativo, attraverso momenti di riflessione e percorsi di supervisione, formazione e auto-formazione.

**Parole chiave.** Tutor, bravo studente, formazione.

### **Bibliografia**

1. Corsini C. Rileggere Visalberghi (internet). Ultimo accesso 02/07/2018. Disponibile all'URL: [http://nuovacultura.it/nuovo/wpcontent/uploads/woocommerce/uploads/2018/04/9788833650388\\_p.pdf](http://nuovacultura.it/nuovo/wpcontent/uploads/woocommerce/uploads/2018/04/9788833650388_p.pdf)
2. Jeppesen KH, Christiansen S, Frederiksen K. Education of student nurses - A systematic literature review. *Nurse Educ Today*. 2017 Aug;(55):112–21.
3. Jessee MA. Influences of Sociocultural Factors Within the Clinical Learning Environment on Students' Perceptions of Learning: An Integrative Review. *J Prof Nurs*. 2016 Dec;32(6):463–86.
4. Farioli A. Api, leoni, gechi e leprotti. Metafore, dialoghi e attività per educare e educarsi. Paoline Editoriale Libri; 2007.
5. Casula C. I porcospini di Schopenhauer. Come progettare e condurre un gruppo di formazione di adulti. Milano: Franco Angeli; 2003.

# La riforma delle scuole di specializzazione in sanità In Italia attraverso la progettazione formativa.

*Lotti Antonella<sup>1</sup>, Bartalucci Giulia<sup>2</sup>, Reforgiato Chiara<sup>3</sup>, Sartini Stefano<sup>4</sup>, Sestini Piersante<sup>5</sup>, Consorti Fabrizio<sup>6</sup>, Patel Rakesh<sup>7</sup>, Amore Mario<sup>8</sup>*

<sup>1</sup>*Dipartimento di Scienze della Formazione Università di Genova*

<sup>2</sup>*St George's Hospital, London, UK*

<sup>3</sup>*Scuola di specializzazione in Anestesia, Università di Genova*

<sup>4</sup>*Scuola di Medicina di Emergenza, Università di Genova*

<sup>5</sup>*Università di Siena, SIPeM*

<sup>6</sup>*Università di Roma La Sapienza, SIPeM*

<sup>7</sup>*University of Nottingham*

<sup>8</sup>*UK Scuola Medica e farmaceutica, Università di Genova*

In Italia le Scuole di specializzazione in area sanitaria sono regolamentate dai DI 68/2015 e 402/2017 che prevedono il riassetto di ordinamenti didattici, standard, requisiti e indicatori di attività formativa e assistenziali.

L'architettura dei decreti prevede i profili di apprendimento declinati in conoscenze da acquisire, obiettivi di apprendimento e attività professionalizzanti definiti sotto forma di prestazioni da dimostrare. Sono indicate le prestazioni ma non le competenze attese in uscita, né la gradualità dei livelli di expertise e di assunzione di responsabilità. Il DI 68/2015 prevede però che sia definita una progettazione del percorso, la programmazione ed erogazione delle attività didattiche e di valutazione, e le risorse dedicate. I medici in formazione specialistica, tramite le loro associazioni rappresentative, lamentano di non avere chiari obiettivi formativi da raggiungere al termine di ogni anno formativo né di ogni rotazione, di non avere un piano articolato con attività formative formali e non formali, e neanche un sistema

di valutazione formativa basata anche su feedback circostanziati e precisi. Per rispondere a queste esigenze la Scuola medica e farmaceutica di Genova, d'intesa con la SIPeM, ha

pianificato e realizzato una serie di tre workshops dedicati alla progettazione formativa delle Scuole di Specializzazione in area sanitaria.

**Obiettivo.** Gli obiettivi del lavoro erano di:

1. creare un framework per la progettazione formativa delle scuole di specializzazione in area sanitaria in Italia che fosse orientato ai principi di una educazione centrata sull'apprendimento e di una formazione orientata alle competenze.
2. verificare la tenuta del framework in alcune scuole di specializzazione in area sanitaria in Italia.

**Metodi.** Il metodo, per creare il framework e verificarne la tenuta, è stato la pianificazione e realizzazione di tre workshop rivolti a sette Scuole pilota interessate a creare e verificare un framework di curriculum design da proporre ai Ministeri della Salute e dell'Università.

**Risultati.** Sette scuole di specializzazione, afferenti all'area medica, chirurgica e dei servizi clinici risposero alla call e parteciparono ai tre workshop dedicati alle linee guida e agli standards per la formazione specialistica, alla definizione delle competenze, ai metodi di insegnamento/apprendimento e ai metodi di valutazione specifici per le Scuole di Specializzazione. Le sette Scuole crearono e approvarono il framework articolato in dieci parti (Analisi del contesto, il profilo dello specialista, Mission e governance, Competenze e learning outcomes (suddivisi in Knowledge, skills, behavior), Sistema formativo e Metodi di insegnamento e apprendimento, Sistema di valutazione e Metodi di valutazione, Risorse umane universitarie e SSN,

Certificazione delle competenze e delle attività, Sistema di qualità e di miglioramento).

Le sette Scuole formate e supervisionate da un gruppo tecnico guidato dal prof Rakesh Patel, Università di Nottingham in UK, riempirono il framework nel periodo intercorso tra ottobre 2017 e luglio 2018.

**Conclusioni.** La serie dei tre workshop ha dimostrato la sua validità per introdurre i concetti fondamentali della progettazione formativa per le scuole di specializzazione in area sanitaria e ispirare le sette scuole. La formazione e la supervisione di esperti internazionali ha facilitato il lavoro.

# L'insegnamento della statistica medica nelle Scuole di Medicina e Chirurgia.

*Ciro Gallo<sup>1</sup>, Franco Cavallo<sup>2</sup>, Anna Bossi<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> *Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

<sup>2</sup> *Università degli Studi di Torino*

<sup>3</sup> *Università degli Studi di Milano.*

**Obiettivo.** A) Descrivere i contenuti pertinenti alla Statistica medica che sono effettivamente perseguiti nel corso di laurea in Medicina; (B) Comprendere quali contenuti pertinenti alla Statistica medica sono ritenuti più utili per la formazione del medico dai docenti di Medicina.

**Metodi.** (A) L'indagine rivolta ai docenti di Statistica medica è stata condotta con un questionario online su nove ambiti di metodologia quantitativa: (1) demografia, (2) epidemiologia descrittiva, (3) statistica descrittiva, (4) inferenza statistica, (5) epidemiologia analitica, (6) prognosi, (7) accuratezza diagnostica, (8) efficacia dei trattamenti, (9) evidence-based medicine (EBM). Gli argomenti erano presentati come obiettivi formativi. L'anno di riferimento era il 2015-16. L'unità statistica era il corso di laurea.

(B) Per il secondo obiettivo un questionario più breve è stato inviato ai Presidenti di Corso di Laurea in Medicina (CLMMC) e ai Presidenti dei collegi dei settori scientifico-disciplinari di Medicina, su contenuti pertinenti a sei ambiti: (1) epidemiologia e demografia, (2) biostatistica, (3) prognosi, (4) diagnosi, (5) efficacia, (6) EBM. I contenuti proposti richiavano le UDE del 'core curriculum' predisposto dalla Conferenza dei Presidenti CLMCC nel 2016. Per ogni argomento si chiedeva quanto fosse utile nella formazione del medico; la risposta, su una scala Likert a 5-punti, variava da 'per niente' a 'indispensabile'.

**Risultati.** (A) 52 risposte sono pervenute dai docenti di Statistica medica (96%). Il numero dei crediti nei diversi CLMMC variava da 1 a 9 (mediana 5, intervallo inter-quartile da 3 a 6). Gli obiettivi di statistica ed epidemiologia erano perseguiti in quasi tutti i corsi di studio, tranne il confronto di più di 2 gruppi, l'impatto degli errori sistematici sull'interpretazione dei risultati e l'interpretazione dei tassi standardizzati. Decisamente più elusi gli obiettivi

di epidemiologia clinica; EBM e valutazione della prognosi erano perseguiti solo nella metà dei corsi di studio.

(B) 33 docenti di Medicina hanno risposto al questionario. La percentuale di valutazione positiva ('molto rilevante' o 'indispensabile') variava dal 57%, per il significato di 'età media e speranza di vita alla nascita', al 94% per la 'lettura critica di articoli scientifici'. Percentuali molto elevate si osservavano per tutti i contenuti di epidemiologia clinica.

**Conclusioni.** Dai risultati dell'indagine è emerso che obiettivo primario della metodologia è di contribuire a far crescere la consapevolezza nelle decisioni. Coerentemente la domanda si orienta maggiormente verso la valutazione critica delle informazioni ottenute dalla letteratura biomedica, visto che gli studenti di Medicina saranno per lo più consumatori di ricerca, piuttosto che ricercatori essi stessi. Per tutti la priorità è pervenire a decisioni cliniche appropriate. Negli ultimi anni i contenuti dell'insegnamento di Statistica medica si sono sempre più indirizzati verso l'apprendimento della logica sottostante i metodi di analisi piuttosto che delle tecniche; in questa prospettiva è essenziale che venga accresciuta la copertura degli obiettivi di epidemiologia clinica. Un maggior coordinamento tra i docenti di Statistica medica ad opera della Società di riferimento è opportuno per aumentare l'omogeneità fra i corsi di studio delle diverse Scuole di Medicina.

**Parole chiave.** 1. Statistica medica, 2. Formazione del medico, 3. Core curriculum.

# Lo stile di attaccamento adulto predice i livelli di empatia degli studenti di medicina? Uno studio cross-section

Stefano Ardenghi<sup>1</sup>, Giulia Rampoldi<sup>2</sup>, Maria Grazia Strepparava<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Università degli Studi di Milano---Bicocca, Via Cadore, 48, 20900 Monza (MB) – Italia

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione “R. Massa” – Università degli Studi di Milano-Bicocca, Piazza dell’Ateneo Nuovo, 1, 20126 Milano (MI) – Italia

**Obiettivo.** Medici con una migliore competenza relazionale ottengono una maggiore adesione ai trattamenti, migliore concordanza sulle scelte terapeutiche, migliori risultati clinici a medio e a lungo termine, maggiore soddisfazione dei propri pazienti e maggiore benessere personale nell’esercizio della professione. Molte ricerche nell’ambito della comunicazione medico---paziente hanno mostrato come l’atteggiamento empatico del medico all’in-terno della relazione di cura sia influenzato dallo stile di attaccamento degli attori che partecipano al processo terapeutico. Ad oggi, a nostra conoscenza, nessuno studio ha ancora valutato la relazione tra gli stili di attaccamento adulto e le dimensioni sia emotive che cognitive dell’empatia nel contesto educativo medico. L’obiettivo di questa ricerca è stato, quindi, quello di valutare la relazione tra lo stile di attaccamento adulto degli studenti di medicina e i loro livelli di empatia.

**Metodi.** Tre coorti consecutive di studenti iscritti al secondo anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Milano Bicocca sono stati invitati a partecipare alla ricerca dopo l’orario di lezione. Gli studenti hanno compilato, previa sottoscrizione del consenso informato, una batteria di questionari self-report carta-matita comprendenti: a) un questionario costruito *ad hoc* finalizzato alla raccolta di informazioni socio-demografiche; b) l’*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) che valuta la dimensione



consapevolmente accessibile degli stili di attaccamento in età adulta; c) l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) che rileva la responsività empatica del rispondente nelle sue componenti emotive e cognitive. Per analizzare la relazione tra gli stili di attaccamento adulto e i domini emotivi e cognitivi di empatia sono stati impiegati modelli statistici di regressione lineare multipla.

**Risultati.** Hanno partecipato al presente studio *cross-section* un totale di 361 studenti (80,2%), di cui 186 (51,52%) di genere femminile e con un'età media di 20,93 anni (DS = 1,39). Sulla base dei risultati delle analisi di regressione, emerge che gli stili di attaccamento adulto insicuro rilevati con l'ASQ predicono una significativa porzione della varianza delle variabili di empatia emotiva. Nello specifico, i livelli dello stile di attaccamento evitante sono significativamente e negativamente correlati con i punteggi della sottoscala "Empathic Concern" ( $B = -0,143$ ;  $p < 0,001$ ) dell'IRI, mentre i punteggi dello stile di attaccamento ansioso sono significativamente e positivamente correlati con le scale dell'IRI "Empathic Concern" ( $B = 0,141$ ;  $p < 0,001$ ) e "Personal Distress" ( $B = 0,142$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusioni.** Durante gli anni di formazione medica pre-clinica, una progettazione didattica centrata sullo studente che promuova una riflessione sul proprio stile di attaccamento potrebbe essere potenzialmente un utile strumento nella "cassetta degli attrezzi" del formatore per aiutare gli studenti, futuri medici, ad essere consapevoli dei propri stili relazionali interpersonali e ad instaurare relazioni terapeutiche empatiche alla "giusta distanza" emotiva con i propri futuri pazienti.

# Lo studente di medicina impara l'approccio alla cronicità e la continuità di cura: "adottare" un paziente cronico e la sua famiglia

*Maria Stella Padula<sup>1</sup>, Cecilia Preci<sup>1</sup>, Marco Bonfatti<sup>1</sup>, Garuti Caterina<sup>1</sup>, Martina Aguzzoli<sup>1</sup>, Giuliana Ferrari<sup>1</sup>, Paola Fiandri<sup>1</sup>, Alessandra Romani<sup>1</sup>, Mimmo Andreoli<sup>1</sup>, Antonio Venturelli<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> Docenti e Studenti del Corso integrato di Medicina Generale e Cure Primarie nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze -- Via Campi, 287 -- 41125 Modena, Italy*

**INTRODUZIONE** La cronicità è diventata oggi un aspetto sempre più frequente da affrontare in medicina. Il paziente cronico richiede, nella complessità della sua malattia, un approccio di cura continua che tenda al sollievo dei sintomi quotidiani ed un metodo che non riguardi esclusivamente l'ambito farmacologico. Il medico, nell'approcciare questi pazienti, può aumentare l'efficacia del suo operato integrando l'offerta di interventi di cura continuativi e garantendo un supporto multi-professionale, rivolto non esclusivamente al singolo malato, ma anche alla famiglia.

**SCOPO** Il progetto si propone, inserendo lo studente in un ambiente territoriale per un lungo periodo, di far conoscere, apprendere e capire gli aspetti clinici, relazionali, sociali e gestionali della cura della cronicità, facendo provare in prima persona tutte le dinamiche di questo approccio, comprese le più problematiche e di difficile gestione. Si pone inoltre particolare attenzione verso gli aspetti sociali, familiari e psicologici della condizione del paziente e della sua famiglia, a volte trascurati. Il progetto si inserisce nel Piano Nazionale Cronicità (PNC), per facilitare una formazione integrata dei professionisti e dei percorsi a partire dallo studente

**METODI E STRUMENTI** Presso l'Università di Modena e Reggio Emilia, nel Corso di 'Medicina Generale nelle Cure Primarie' che si articola nei 4 anni dal III al VI anno di Corso, dopo una prima esperienza con un gruppo di studenti della coorte 2010-2011, un altro gruppo di

studenti 2012-2013 sono stati invitati ad aderire volontariamente a un progetto, che prevede che lo studente si impegni per un periodo di 3 anni a seguire accanto ad un MMG Tutor “il suo” paziente:

- durante le visite del medico di famiglia;
- durante gli incontri con gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al paziente: familiari, assistente sociale, infermieri (se curato a domicilio), ecc.
- durante gli appuntamenti di diagnosi e cura ambulatoriale (visite specialistiche) e ospedaliera (eventuali ricoveri).

Fra i compiti degli studenti:

- tenere un diario e registrare le proprie esperienze;
- partecipare alla revisione e all'aggiornamento della storia clinica con il tutor;
- approfondire lo studio di patologie e problemi di quel paziente;
- redigere una tesina da presentare all'inizio del VI anno.

Sono stati predisposti in “un diario di bordo” strumenti per facilitare l'osservazione e la registrazione dei dati e degli incontri (schede, griglie, check list) per annotare i dati e rielaborare l'esperienza con il tutor nei momenti di debriefing e nei seminari di fine corso (Vedi tab. 1).

**RISULTATI** Alla fine del II anno di progetto i cinque studenti che hanno aderito presentano i dati sugli incontri presso lo studio, a domicilio, in ospedale; e l'elaborazione dei risultati e le scoperte nel setting di gestione e cura.

In particolare, alla fine del II anno nell'incontro di debriefing dell'esperienza la selezione degli aspetti caratterizzanti condivisi e comuni scoperti durante il percorso sono

- il loro vissuto,
- quello dei pazienti e delle famiglie;
- l'evoluzione della malattia cronica e dei problemi,
- i cambiamenti dal punto di vista fisico e psichico,
- la negoziazione dei trattamenti diagnostici e terapeutici
- le strategie apprese per ottenere l'aderenza ai trattamenti.

**CONCLUSIONI** Il raggiungimento di un cambiamento prospettico nel pensiero dello studente, tramite l'acquisizione di una maggiore consapevolezza dell'importanza della relazione, e l'apprendimento della figura del medico come terapia, sembra essere realizzabile attraverso la programmazione di un percorso continuo e guidato da tutor formati, che mira anche ad insegnare lo svolgimento di una medicina più umana e rendere lo studente, futuro medico, abituato a muoversi in un ambiente relazionale complesso e delicato. I risultati sovrapponibili a quelli del gruppo di studenti della coorte precedente. Confermato l'importanza dell'apprendimento nei percorsi di cura integrati e interprofessionali accanto al tutor.

tab 1.

Incontri con il tutor	Messaggi chiave	Riflessioni / risposte
1. Seminario introduttivo iniziale		
2. Briefing in studio		
3. Incontro a casa del paziente con il tutor (presentazione della famiglia)		
4. incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
5. Incontro con il team domiciliare		
<b>Debriefing trimestrale con il tutor</b>		

# Riflettere sull'esperienza di tirocinio: un percorso narrativo di gruppo con studenti di Logopedia

*Maria Luisa Martino<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Centro di Ateneo SInAPSi, Università degli Studi di Napoli Federico II - [marialuisa.martino@unina.it](mailto:marialuisa.martino@unina.it)

L'ingresso e l'attraversamento del percorso di tirocinio, fortemente caratterizzante la formazione delle professioni sanitarie, spesso si configura come un momento di criticità ed empanse che rischia di paralizzare il processo di apprendimento evolutivo, ipostatizzando significati che orientano rigidamente il percorso formativo e il futuro professionale. I tempi contingentati della formazione, lauree triennali abilitanti e l'alta richiesta tecnico-performativa che collassa dinanzi alla gestione del paziente, rappresentano alcuni degli aspetti più critici che hanno mosso la domanda da parte del Cds in Logopedia, dell'AOU Federico II di Napoli, al Centro di Ateneo SInAPSi per l'erogazione di servizi personalizzati atti a supportare tali difficoltà.

In risposta a tale richiesta è stato messo a punto un percorso narrativo di gruppo, condotto da una psicologa clinica, volto a promuovere un'integrazione degli aspetti tecnici acquisiti durante il tirocinio con le competenze trasversali legate alla gestione della relazione con i pazienti; trasformare gli eventi critici vissuti durante il tirocinio in risorse affinché possano essere messi al servizio della costruzione di una solida identità professionale. È stato messo a punto un percorso della durata di 4 incontri a cadenza settimanale per la durata di due ore ciascuno; ogni gruppo è stato composto da 15 studenti del II anno di studi.

Il percorso si è avvalso di una metodologia riflessiva al fine di consentire un ritorno narrativo sull'esperienza attraverso focus-group, narrazione di eventi significativi/critici e simulazione di casi.

I percorsi di gruppo hanno permesso la costruzione di una rappresentazione inedita dell'esperienza di tirocinio in grado di leggere le storie e gli eventi critici da molteplici punti di vista, ampliando la prospettiva interna e interpretativa delle stesse.

Il dispositivo del gruppo e il racconto tra colleghi ha permesso loro di potersi “utilizzare” in modo innovativo non solo come “competitor” ma come “soggetti” in dialogo, in grado di ascoltarsi nelle differenze e potere fungere l’un per l’altro da supporto. I gruppi hanno avuto la possibilità di potere interrompere anche una sorta di eredità negativa, un vincolo, che si tramandava da un anno all’altro di studio che imponeva loro di dovere attraversare, da un punto di vista emotivo, la stessa frustrante esperienza di tirocinio. La possibilità di rompere una certa continuità, personalizzando scelte e strategie, è stata un’area che il gruppo è riuscito a legittimarsi, riconoscendo anche l’area protettiva/passiva legata al sostare dentro il mare dello stagno fondata su un’immagine interna dell’istituzione matrigna.

La possibilità che vi possano essere gradienti attivi nel percorso formativo e nella loro relazione con l’università è stato uno dei passaggi più fondativi; contemplare la formazione come una relazione tra ruoli e il privilegio di essere ancora in un tempo in cui potere “sbagliare”. Il riconoscimento e la riflessione sul tempo e sul suo uso appaiono al termine degli incontri più possibile, non solo un tempo del fare e del fare già competente ma anche, così come nei gruppi, un tempo per pensare e per stare nelle cose, per ritornare sulle pratiche, per modificare e per costruire una competenza in rapporto con l’esperienza.

# Il paradigma della “recovery”: ingrediente innovativo da inserire nella formazione medica per favorire un atteggiamento empatico e anti discriminatorio nei riguardi delle persone con malattie mentali

*Massimo Casacchia<sup>1</sup>, Leila Fabiani<sup>2</sup>, Alessandro Appetiti<sup>3</sup>, Laura Giusti<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> *Professore emerito di psichiatria Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi dell'Aquila - [massimo.casacchia@cc.univaq.it](mailto:massimo.casacchia@cc.univaq.it)*

<sup>2</sup> *Professore ordinario Presidente del Corso di Studio di Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Presidente Scuola di Specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [lila.fabiani@univaq.it](mailto:lila.fabiani@univaq.it)*

<sup>3</sup> *Medico specializzando in Igiene e medicina preventiva Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [alessandroappetiti@gmail.com](mailto:alessandroappetiti@gmail.com)*

<sup>4</sup> *Assegnista di ricerca Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi dell'Aquila - [laura.giusti@univaq.it](mailto:laura.giusti@univaq.it)*

**Obiettivo:** Il paradigma della “Recovery”, ovvero guarigione personale, è uno dei più innovativi nel campo della salute mentale che nasce dal movimento degli utenti dei Servizi di Salute Mentale che, in qualità di “veri esperti, rispetto agli operatori, hanno iniziato una lotta per difendere i diritti di cittadinanza delle persone con disturbi di salute mentale, delineando una strategia innovativa del loro percorso di guarigione. Quest’ultima assume, dunque, un significato diverso e unico rispetto al concetto di guarigione clinica e sociale, configurandosi come un viaggio personale in cui la persona prende progressivamente consapevolezza dell’origine e sviluppo della propria malattia. Feeney e coll. (2013) hanno

dimostrato che l'inserimento nel curriculum accademico della tematica della "recovery" induce negli studenti atteggiamenti più positivi nei confronti della malattia mentale come antidoto contro elaborazione di atteggiamenti discriminatori e stigmatizzanti, così frequenti anche tra gli operatori della salute. Un recente studio (Giusti et al., 2017, submitted) ha dimostrato l'efficacia di un programma di formazione breve e strutturato, rivolto a professionisti della salute mentale e a studenti universitari, mirato a migliorare l'aderenza ai principi etici, la comprensione umana, il dialogo e l'apprezzamento delle persone con problemi mentali.

L'obiettivo dello studio era di verificare, negli studenti universitari, se l'adesione spontanea al paradigma della "recovery" fondato sul dialogo e sull'interazione umana, fosse naturalmente correlata ad un atteggiamento empatico che presuppone l'immedesimazione nella storia nei confronti della persona con disturbi mentali.

**Metodi:** All'indagine hanno partecipato 118 studenti iscritti al V anno del corso di Medicina e Chirurgia, reclutati negli ultimi tre anni. I partecipanti hanno compilato la versione italiana del questionario self-report Recovery Knowledge Inventory (RKI, Bedregal et al., 2006) e la Jefferson Scale of Physician Empathy, nella versione per studenti (JSPE, Hojat et al., 2001). La prima scala valuta il livello di orientamento alla «Recovery» e la conoscenza di 4 specifici domini di comprensione quali 1) Ruoli e responsabilità nella Recovery; 2) Non linearità nel processo della recovery; 3) Ruoli della definizione del sé e dei pari nella recovery; 4) Aspettative sulla recovery con un range del punteggio di 20-100; la seconda scala valuta le abilità empatiche a livello cognitivo e comportamentale con un range del punteggio di 20-140.

**Risultati:** Il campione valutato ha mostrato bassi livelli di attitudine ai principi della "recovery personale" come emerso dal punteggio totale medio della scala RKI ( $M=58$ ;  $DS=5,5$ ), nonché bassi livelli di empatia nei riguardi di persone con disturbi mentali, come osservato dal punteggio medio nella scala JSPE di 79 ( $DS=6,4$ ). Le analisi di correlazione hanno mostrato un'associazione positiva e statisticamente significativa tra i livelli di empatia, misurati attraverso la scala JSPE e una dimensione della scala RKI «*aspettative della Recovery*» ( $r=0,241$ ;  $p=0,009$ ).

**Conclusioni** I dati dello studio suggeriscono l'importanza di inserire nel curriculum educativo degli studenti dell'area sanitaria informazioni sul paradigma della "recovery" in quanto



l'adesione ad esso potrebbe migliorare quell'atteggiamento empatico verso chi soffre, presupposto per instaurare un rapporto autentico e antidiscriminatorio nei riguardi delle persone con disturbi mentali che incontreranno nella pratica clinica.

**Parole chiave:** recovery, empatia, disturbi mentali.

### **Bibliografia**

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*, 2(17-24).

Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatr Rehabil J*, 30(2), 96-103.

Feeney, L., Jordan, I., & McCarron, P. (2013). Teaching recovery to medical students. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36(1), 35-41.

Hojat M., Mangione S., Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski JJ, Magee M.: The Jefferson Scale of Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychol Measurement* 2001; 61:349-365.

# The dynamical time of the healthcare relationship: principles and experiences of the psychological scaffolding model.

Maria Francesca Freda<sup>1</sup>, Francesca Dice<sup>2</sup>, Raffaele De Luca Picione<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II" [mfreda@unina.it](mailto:mfreda@unina.it)

<sup>2</sup> Ph.D. SINAPSI, Università degli Studi di Napoli "Federico II" [francesca.dice@unina.it](mailto:francesca.dice@unina.it)

<sup>3</sup> Ph.D. SINAPSI, Università degli Studi di Napoli "Federico II" [raffaele.delucapicione@unina.it](mailto:raffaele.delucapicione@unina.it)

The authors present the intervention model of Psychological scaffolding in healthcare relationships. The aim of that model is to allow the system to guarantee a gradual and progressive way to meet medical goals. From a psychological point of view, you cannot separate these goals from how they are reached and from the experience the patients have within the medical relationship.

The intervention of *Scaffolding* can sustain the relationship during all the steps of transition and transformation (diagnosis, prognosis, consultation, therapy, etc.) – in which there occur large margins of uncertainty and unpredictability – by introducing a psychological function of thought and by integrating emotional tasks and operational tasks.

Three pivotal tenets are discussed: ownership, consensus and shared decision making.

1. In any medical dialogue, everyone can "own" a point of view or a proposal that can influence the dynamics of the clinical relationship. Active ownership and partnership are not prerequisites for the relationship but come about as the relationship progresses. The owner of a relationship is not the patient who passively awaits and accepts treatment.
2. Consensus involves moving from a passive attitude of informed consent and medical authority to the possibility of bringing together different points of view, evaluation perspectives, and ways of describing the illness. Consensus can take place when tech-

nical, pragmatic, cognitive, emotional, cultural, and social contents are integrated. Consensus implies a continual exchange between the health system and the patients and their families.

3. One of the most difficult aspects of the medical relationship is the uncertainty. Accepting uncertainty and negotiating between reality and hope can be problematic. Decision making allows us to make decisions for the future. By sharing the process of decision making, the healing process is shared in the longer term (including past, present, and future). In doing so, we move away from events and actions and towards processes. By understanding the multidimensional and multitemporale aspects of the illness (Freda, De Luca Picione & Martino, 2015), choices and responsibilities that were once taken for granted can become shared.

We discuss the above methodological tenets by means of different experiences in medical and hospital settings. Psychological intervention does not limit itself to creating a harmonious atmosphere between doctors and patients but rather works towards greater competency and autonomy in all participants through a narrative and dialogical process. The time is a central aspect of this model of relational development. In fact, psychological scaffolding is a dynamic process where new ways of organizing and developing the relationship can be performed in the time, so that effective decisions and communication can be made taking into account medical issues

# Come si diventa regina dei pirati? La medicina narrativa per la cura e la guarigione

*G. Delvecchio<sup>1</sup>, C. Carruba<sup>1</sup>, V. Brancato<sup>1</sup>, G. Barbaglio<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *ATS Bergamo*

**Introduzione.** Si è rilevato presso i medici di continuità assistenziale (MCA) della ATS di Bergamo il bisogno di un corso introduttivo sulla guarigione. Tema orfano di riflessioni e di formazione, vi è consapevolezza che non sempre si guarisce “bene” ,si è convinti che la guarigione sia un fenomeno assai complesso di natura non puntuale bensì processuale al pari della malattia e che si declina in una condizione tripartita bio-psico-sociale riferita rispettivamente a *disese*, *illness* e *sickness*. Per questo motivo la guarigione va accompagnata dal curante, che è solo un comprimario nella grande scena della malattia-guarigione, entro una relazione di cura che promuova motivazioni e risorse del malato, protagonista di “come si sta” nella malattia per arrivare a “come si sta” nella guarigione, posto che questa non è mai un semplice tornare indietro nella salute pregressa.

**Materiali e metodi.** Si è predisposto nell’anno 2017 un intenso corso attivo e partecipativo secondo modalità andragogiche, concentrato in mezza giornata replicato per tre volte e che ha coinvolto 90 MCA dell’ATS divisi in piccoli gruppi di lavoro.

Per mettere i discenti in situazione e sviluppare elementi di competenza interpretativa allo scopo di accompagnare proattivamente ed empaticamente l’intero percorso di guarigione, si è scelto di lavorare su un doppio canone utilizzando materiale narrativo cinematografico riferito alla tubercolosi eletta a paradigma della morte-in-vita e poi su testimonianze sotto forma di scritture e fotografie di performer di successo con disabilità motoria permanente e liberamente accessibili sui media e nella rete web.

Negli step del corso i singoli mandati focalizzavano l’attenzione e la reazione dei partecipanti alle emozioni e vissuti delle persone malate e dei curanti relativamente a consapevolezza diagnostica e prognostica, strategie di coping e adattamento alla malattia, resilienza e guarigione.

Le elaborazioni dei gruppi, centrate sulle evocazioni empatiche dei protagonisti e sull’analisi dei comportamenti dei

curanti sono state condivise da tutti in plenaria e criticata propositivamente nei vari aspetti di transfert emersi nel dialogo tra i colleghi e nel confronto coi docenti in aula s

**Risultati.** Alla fine del corso si è convenuto da tutti che il pensiero narrativo è potente strumento per la riflessione sulla malattia, sulla cura e sulla guarigione ed è indispensabile per fare emergere le specificità di auto-cura fondamentali per il processo di guarigione. Compito del medico è di essere maieuta di queste specificità e di coadiuvare e sostenere queste scelte di guarigione già dal tempo della malattia; scelte di guarigione che, specie per una donna, fanno riferimento anche al pieno recupero di un corpo estetico che ingloba la disabilità. Tali constatazioni entrano nel bagaglio della pedagogia terapeutica a disposizione dei MCA. L'argomento e le modalità didattiche hanno coinvolto a fondo tutti i partecipanti. Il clima d'aula è stato caldo, assertivo e, in alcuni momenti, catartico con attenta vicinanza di tutti a quando presentato in aula. Le emozioni sono state liberate in maniera partecipativa ed elaborate col contributo di tutti. Il gradimento finale è stato consono alle aspettative e alla modalità realizzativa del corso

**Materiale didattico.**

film: Beppe Cino, Diceria dell'untore, 1990

testimonianze: Vanessa Low, Bebe Vio, Oksana Masters, Shaholly Ayers, Kanya Sesser, Noemi Meneguzzo, Amina Munster.

# La Medicina Narrativa ed i trapiantati: riappropriarsi del valore del tempo tra narrazioni e l'armonia delle proprie emozioni

*Lo Piccolo Serafina<sup>1</sup>, Grua Viviana<sup>2</sup>, Benvenuti Cinzia<sup>3</sup>, Savoldi Silvana<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> *Docente collaboratore CLI di Torino, ASL TO4 sede di Ivrea, Università degli Studi di Torino ed Amministrativa ASL TO4*

<sup>2</sup> *Infermiera Nefrologia e Dialisi ASL TO4 e Tutor Clinico, CLI di Torino, ASL TO4 sede di Ivrea, Università degli Studi di Torino,*

<sup>3</sup> *Infermiera Nefrologia e Dialisi ASL TO4 Ivrea*

<sup>4</sup> *Direttore di Dipartimento Medico e Direttore di Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi ASL TO4*

**Introduzione.** È dimostrato quanto sia prezioso, indispensabile e terapeutico il tempo che dedichiamo al malato perché permette di instaurare un rapporto di fiducia con il paziente e di coinvolgerlo attivamente nella gestione della propria salute. Quindi il tempo da dedicare ai pazienti va considerato una vera e propria risorsa. Infatti, spunti di riflessione provengono dall'OMS, il Ministero della Salute dove tutti focalizzano l'attenzione sulla necessità di adeguare i servizi a promuovere interventi basati sulla centralità della persona assistita, creando ulteriori spazi di dialogo e di confronto fra operatori e pazienti. Eppure, ancora oggi si nota la difficoltà di dedicare tempo sufficiente ai pazienti. Per rispondere in maniera adeguata a questa difficoltà è stato previsto un progetto di medicina narrativa e la realizzazione di un laboratorio di narrazione e scrittura autobiografica con un gruppo di trapiantati condotto da operatori multidisciplinari presso la Nefrologia e Dialisi. Inoltre, l'idea di questo progetto si sviluppa all'interno di un programma di formazione, indirizzato al gruppo di operatori che hanno aderito, in maniera volontaria a questa iniziativa, mirato ad indagare, attraverso la narrazione, quali risorse e strategie di superamento le persone, in diversi contesti e in particolari momenti di difficoltà, riescono ad attivare in modo spontaneo.

**Obiettivo:** Promuovere interventi di umanizzazione in ambito sanitario che, nel rispetto della centralità della persona, coinvolgano aspetti relazionali. Favorire la relazione tra operatore e paziente, con adozione di modelli corretti di comunicazione con particolare riferimento alla promozione della medicina narrativa nei contesti di cura.

**Obiettivi per i pazienti:** elaborare le esperienze per dare significato ai vissuti attraverso la loro rielaborazione. Migliorare la relazione all'interno del gruppo tra pazienti ed operatori e fornire uno strumento per diventare partecipi e corresponsabili della loro salute e del loro benessere emotivo favorendo percorsi di empowerment.

**Obiettivi per gli operatori:** valorizzare lo strumento della Medicina Narrativa per promuovere l'umanizzazione e la relazione empatica e migliorare il rapporto di fiducia tra operatore e persona assistita. Facilitare percorsi di empowerment

**Metodologia.** Reflecting e scrittura riflessiva.

**Strumenti.** Il gruppo di lavoro multiprofessionale ha elaborato un diario da consegnare ai pazienti affinché potessero raccontare la loro esperienza intesa come memoria autobiografica. Gli incontri si svolgevano una volta al mese.

**Interventi.** Drammatizzazione delle loro esperienze attraverso la recitazione, la danza, il canto e presentazione delle narrazioni in diversi convegni sulla Medicina Narrativa ed in diversi eventi culturali.

**Risultati:** Sono state raccolte: 65 narrazioni, 6 poesie, 1 canzone e 53 ricette compresi anche quelli degli operatori

**Conclusioni.** Il progetto ha insegnato a tutti ad avere maggiore consapevolezza del tempo, ha permesso di rendere attiva la persona rendendola protagonista della scena relazionale. Il laboratorio è servito a creare un punto di riferimento per il paziente, dove l'emozione e l'empatia hanno permesso una reciproca e più completa conoscenza da ambo le parti. La scrittura ha facilitato la forza e la speranza, ha rafforzato il benessere emotivo, dove la narrazione è diventata giaciglio e dimora di emozioni. Tutti abbiamo imparato a dominare e valorizzare il tempo da dedicare agli altri perché come ci ricorda Seneca in questo modo il "tempo" diventa "vita"

#### **Bibliografia:**

Zannini L. *Medical Humanities e Medicina Narrativa*, Raffaello Cortina Milano 2008.

Finiguerra I., et al. *Narrare la malattia rara. Esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori*. Edizioni Medico Scientifiche 2012.

# The active role of patients in university formation and care management: the Modena experience

*Maria Stella Padula<sup>1,2</sup>, Giuliana Ferrari<sup>2</sup>, Linda Giugni<sup>2</sup>, Francesca Rossi<sup>2</sup>, Miriam Ferrarini<sup>2</sup>, Alice Serafini<sup>2</sup>, Jacopo Demurtas<sup>2</sup>, Gabriele Amati<sup>1</sup>, Andrea Balbarini<sup>1</sup>, Francesco Rioli<sup>1</sup>, Luca Antonini<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Docenti e Studenti del Corso integrato di Medicina Generale e Cure Primarie nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze -- Via Campi, 287 -- 41125 Modena, Italy*

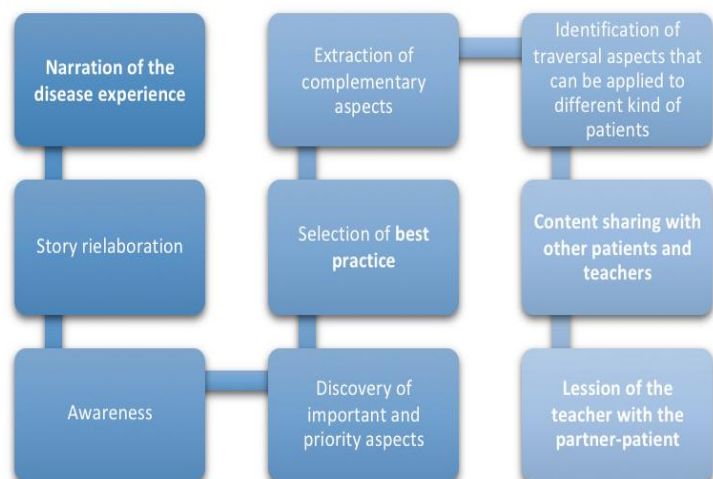
<sup>2</sup> *Associazione Tandem, curati e curanti per la formazione*

Nowadays new therapies have increased life expectancy and consequently the number of chronic patients. Moreover, there is strong evidence that between 50--80% of patients do not respect their prescribed treatments.

From this data, it seems obvious the need to increase the trust in the physician. The University of Montréal, for this reason, has decided to act from the initial training of medical students through the introduction of patient--partners during university lessons. Drawing inspiration from this innovation, the University of Modena and Reggio Emilia has also introduced patient--partners.

**Aim.** The aim of this study is to evaluate the impact of patient--partners on medical students in the university of Modena and Reggio Emilia.

**Methods.** In 2016, 15 chronic patients were recruited following specific criteria. The patients began an educational programme in order to learn the correct way to communicate



*Figura 1. Flowchart of patient--partners formation.*



their disease experience to medical students (image 1). In 2017 the third year's Family Medicine lessons were organized with the participation of both the teacher and the patient-partner. At the end of the lessons the students (n=39) were given a satisfaction survey to evaluate the impact of this new approach.

**Results.** The surveys showed that:

- Students believe that the participation of the patient--partner has taught communicative and relational aspects (94,5%);;
- The presence of the patient was useful to recognize and respect patients' experience and perception (56,4%), as it addressed aspects different from clinical to biological ones (28,2%) and because the patient's story was a real experience (12,8%);;
- The participation of the patient was useful to improve the clinical and relational approaches by acquiring the patients' point of view (30,8%), by establishing the priorities based on the patient's necessities (12,8%), by learning the aspects that can reduce the therapeutic compliance of the patients (12,8%) and by learning the patient's expectations (12,8%);
- The majority of students have appreciated the presence of the patient--partner during the lesson (Average Assessment: 3,9/5,0) and the method used (Average Assessment: 4,1/5,0).

**Conclusion.** These results suggest that this new way of teaching could complete the formation of the future physicians.

# Dietro le quinte della “Strategia del Silenzio”: il teatro può favorire una relazione felice tra medico e paziente.

Gaia Attardi<sup>1</sup>, Maria Livia Del Giudice<sup>1</sup>, Miriam Roca<sup>1</sup>, a nome degli studenti della  
“Strategia del silenzio”<sup>1</sup>, Ciro Gallo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Scuola Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”.

<sup>2</sup> Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”.

**Obiettivo.** Il laboratorio di improvvisazione teatrale “La Strategia del Silenzio”, con gli studenti di Medicina, ha l'intento di indagare e migliorare la relazione medico-paziente, ponendosi come *trait d'union* tra lo studio teorico, che occupa gran parte della vita dello studente, e l'incontro con le persone, irrinunciabile per un medico.

**Metodi.** Il laboratorio, guidato da un docente di medicina e da un regista teatrale, era proposto come Attività Didattica Elettiva, di 60 ore per 3 crediti formativi, strutturata in tre moduli da ottobre a maggio, e rivolta a 20 studenti di medicina. Nel primo modulo abbiamo lavorato sul corpo, sulla voce, sullo spazio. Nel secondo, servendoci dell'improvvisazione, ci siamo concentrati su un testo letterario: dal pretesto narrativo creavamo delle narrazioni puntiformi, personali e autosufficienti. Non c'era un copione e non c'era la paura di sbagliare. Nel terzo modulo si preparava lo spettacolo finale, improvvisato, ma costruito sul lavoro svolto. Parallelamente abbiamo raccolto e scritto la storia di un malato reale. Durante il percorso, il gruppo dei partecipanti, fonte di confronto e di appoggio, si è coordinato tramite i social network.

**Risultati.** Per noi il laboratorio è stata l'occasione di un incontro con la comunicazione non verbale e con la ricerca dei tempi giusti per l'ascolto e per il racconto, facendo dell'improvvisazione uno strumento per la nostra professione. Abbiamo imparato a conoscere il nostro corpo e quello degli altri, ci siamo allenati ad agire in risposta scivri dai preconcetti, a

prenderci la responsabilità delle nostre azioni, a collaborare per un obiettivo comune. Focus centrale è stata la riflessione sulla natura umana, cioè sul malato, mediante la rielaborazione del vissuto dei personaggi immaginari e dei malati reali. Non possiamo quantificare questi risultati, ma la passione messa nel progetto, la serata finale percepita come un forte momento di verifica e di consapevolezza, la pubblicazione di due volumi con le nostre storie di malati e il desiderio sorto in noi di ripetere l'esperienza, sono prove tangibili che qualcosa in noi è cambiato e cresciuto insieme al laboratorio. Infine, l'aspetto ludico del teatro ci ha ridato il piacere di apprendere.

**Conclusioni.** L'esperienza vissuta è stata totalizzante sia in termini di tempo che di investimento emotivo, e qualcuno non è riuscito a concluderla. Accanto al dispendio di energia, e al rammarico per alcune defezioni, sono nati in noi, tra sentimenti di amicizia reciproca e voglia di cooperare, le avvisaglie di un cambiamento interiore: la necessità del contatto con l'altro, senso che crediamo innato, ma che il teatro ci ha permesso di esaltare. Non siamo diventati attori, né studenti più diligenti. Abbiamo imparato ad alzare gli occhi dai manuali, ritrovando l'orizzonte al quale abbiamo guardato quando ci siamo iscritti all'università: l'uomo, che non è solo carne, organi ed ossa, ma anche arte e qualcosa che non può essere spiegato, ma che solo con l'arte, a volte, può essere capito.

**Parole chiave.** Rapporto medico-paziente, laboratorio teatrale, teatro di improvvisazione

# La medicina narrativa in pediatria

Francesco Nunziata<sup>1</sup>, Clara Coppola<sup>2</sup>, Alfredo Guarino<sup>3</sup>, Grazie, Isabella Continisio<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medico-chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II"

[franc.nunziata@gmail.com](mailto:franc.nunziata@gmail.com)

<sup>2</sup> Medico-chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" [clara-](mailto:clara-coppola18@gmail.com)

[coppola18@gmail.com](mailto:coppola18@gmail.com)

<sup>3</sup> Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di

Pediatria, Infettivologia Pediatrica, AOU Policlinico Federico II, Napoli [alfguari@unina.it](mailto:alfguari@unina.it)

<sup>4</sup> Psicologa Psicoterapeuta, CRR HIV Pediatrico, Responsabile Ufficio Formazione Unico, AOU Federico

II, Napoli [continis@unina.it](mailto:continis@unina.it)

**Introduzione.** la medicina narrativa (MN) è una metodologia clinico-assistenziale basata su competenze comunicative, per comprendere la pluralità di prospettive che intervengono nell'evento-malattia. La medicina narrativa rientra nella medicina qualitativa. Le narrative raccolte dal paziente da parte del medico esprimono un vissuto di malattia che si estende a aspetti emozionali e sociali oltre che a quelli clinici. In questo senso la MN ricorda il modello bio-psico-sociale (BPS). Applicando la classificazione di Kleinman in narrative prevalentemente "disease", "illness", "sickness" corrispondenti alle componenti B, P ed S del sistema BPS, sono state raccolte narrative da casi di bambini con malattie croniche gravi. Sono stati investigati i determinanti di classificazione legati agli story teller (la figura narrante) e rispettivamente alla malattia.

**Materiali e metodi.** Sono stati arruolati: 12 pazienti tra 8 e 18 anni, ricoverati per patologie croniche (Fibrosi cistica, Linfoma Epatotopatie, Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale, Insufficienza intestinale in alimentazione parenterale, HIV , 2 bambini per patologia). Sono state raccolte narrative inerenti sei item (malattia/diagnosi; terapia; ospedale; stigma, socialità, vissuto emotivo). I testi sono stati analizzati secondo Kleinmann, classificando le narrative come prevalentemente disease, illness o sickness, in base alla percentuale di testo su aspetti clinici (B), emozionali (P) o sociali (S), derivanti dalla malattia. I dati sono stati correlati alla figura narrante e alle malattie specifiche mediante analisi statistica (software SPSS23).

**Risultati.** Dalle 48 narrative emerge “illness” (61%). Il ruolo della figura narrante influenza la classificazione con un pattern di distribuzione a cluster simile per classi da parte della diade Infermiere/Genitore versus Medico/Paziente. La

classe “illness” rappresenta il 77% delle narrative degli infermieri e il 72% dei genitori), rispetto ai medici e ai pazienti (50 e 46%),  $p < 0.01$ . Per quanto riguarda invece il ruolo della malattia, emerge tra le malattie considerate una differenza statisticamente significativa in termini di percentuale di “illness” (p-value 0.001) e di “sickness” (p-value 0.013). In particolare, le narrative HIV presentano una notevole quota di sickness (33%), non paragonabile a quelle altre. Le storie invece riguardanti l'intestino corto post-chirurgico, sono caratterizzate da una considerevole quota di “illness” (78%).

**Conclusioni.** Lo studio rappresenta un unicum nel suo genere per la popolazione pediatrica (8- 17 anni) coinvolta nello studio, e per l'intento di coniugare l'analisi narrativa (qualitativa) con un approccio analitico scientifico e quantitativo. Dall'analisi delle narrative emerge una componente prevalente di tipo emozionale, legata alle caratteristiche intrinseche del bambino. L'impatto prevalente è correlato alla figura narrante e ne riflette il ruolo nella malattia. Emerge una similitudine negli schemi interpretativi delle diadi infermiere-genitore e medico-paziente. I risultati aprono una nuova interpretazione della medicina narrativa utilizzandola per una sistematica analisi dei bisogni in chiave bio-psico-sociale. Il peso maggiore sulla componente illness (Psico del sistema BPS) piuttosto che su quella

disease (Bio) o sickness (S) riflette anche le caratteristiche intrinseche della malattia, di cui è paradigmatica l'elevata sickness associata ad HIV. I risultati sono utilizzabili per attenuare il peso della malattia attraverso strategie basate su analisi e gerarchie di interventi che tengano conto dei bisogni emersi dalla narrative.

# La medicina narrativa nella formazione dello specializzando in Pediatria

Clara Coppola<sup>1</sup>, Francesco Nunziata<sup>2</sup>, Alfredo Guarino<sup>3</sup>, Isabella Continisio<sup>4</sup>

<sup>1</sup> medico--- chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [claracoppola18@gmail.com](mailto:claracoppola18@gmail.com)

<sup>2</sup> medico--- chirurgo, specializzanda in Pediatria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [franc.nunziata@gmail.com](mailto:franc.nunziata@gmail.com)

<sup>3</sup> Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Infettivologia Pediatrica, AOU Policlinico Federico II, Napoli - [alfguari@unina.it](mailto:alfguari@unina.it)

<sup>4</sup> Psicologa Psicoterapeuta, CRR HIV Pediatrico, Responsabile Ufficio Formazione Unico, AOU Federico II, Napoli - [continis@unina.it](mailto:continis@unina.it)

**Introduzione:** la medicina narrativa viene proposta in alcuni programmi di formazione con lo scopo di implementare l'empatia ed una formazione più profondamente umanistica. Gli Specializzandi in Pediatria del primo anno hanno svolto un percorso formativo volto all'acquisizione di competenze narrative e all'esercizio delle stesse mediante la raccolta di interviste semi-strutturate rivolte agli attori del processo di cura (medici, infermieri, genitori e pazienti). Si è successivamente valutato l'impatto emotivo sugli assistenti in formazione (AIF), in relazione all'esperienza vissuta nel raccogliere tali storie.

**Materiali e metodi:** 22 AIF in Pediatria del primo anno sono stati inseriti in un laboratorio comunicativo interattivo, nell'ambito del quale sono state illustrate le fondamenta teoriche della NBM e forniti strumenti di comunicazione da utilizzare durante la raccolta delle storie. Successivamente, altri AIF più esperti degli anni successivi per 12 mesi hanno raccolto narrative da genitori di bambini ricoverati con malattie croniche, dai bambini stessi, dai medici e dalle infermiere coinvolte nella loro assistenza. Durante il percorso, gli specializzandi hanno compilato dei "diari di bordo", ovvero diari in cui soggetto descrive, in forma di narrazione libera, tutte le informazioni ritenute rilevanti per la ricerca, in particolare le impressioni e le sensazioni provate durante le interviste.

**Risultati:** dalla lettura dei diari di bordo degli AIF, è emersa una gamma ampia di sensazioni ed emozioni, modificatesi durante il percorso. Mentre all'inizio dell'esperienza prevalevano sensazione di dubbio, incertezza e timore nei confronti di un'esperienza nuova (es. "mi imbarazza trovarmi di fronte a una persona e chiederle di raccontarmi la sua storia"), nel corso del tempo, gli AIF hanno raggiunto una maggiore consapevolezza ("mi sembra di

creare feeling maggiore con il mio paziente”), fino poi ad arrivare ad una sensazione di crescita professionale e personale in particolare nel campo delle medical humanities.

**Conclusioni:** l’acquisizione di tecniche di medicina narrativa ha influenzato positivamente l’esperienza formativa degli AIF, implementando le loro competenze comunicative, relazionali, di ascolto, di empatia. Tali abilità hanno determinato non solo la crescita professionale, ma anche umana del gruppo.

# Dinamiche inconsce nell'esperienza di malattia cronica in persone con diabete di tipo 2: potenziali implicazioni sull'aderenza al trattamento.

Francesco Marchini<sup>1</sup>, Jerilyn Tan Balonan<sup>2</sup>, Andrea Caputo<sup>3</sup>, Fabiola Fedele<sup>4</sup>, Angela Napoli<sup>5</sup>, Viviana Langher<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma, Via degli Apuli 1, 00185 Roma, Italia. [rancescomarchini93@gmail.com](mailto:rancescomarchini93@gmail.com)

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma, Via degli Apuli 1, 00185 Roma, Italia. [jerylin.balonan@gmail.com](mailto:jerylin.balonan@gmail.com)

<sup>3</sup> Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma, Via degli Apuli 1, 00185 Roma, Italia. [ndrea.caputo@uniroma1.it](mailto:ndrea.caputo@uniroma1.it)

<sup>4</sup> Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma, Via degli Apuli 1, 00185 Roma. [fabiolafedele23@gmail.com](mailto:fabiolafedele23@gmail.com)

<sup>5</sup> Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, "Sapienza" Università di Roma. A.O. Sant'Andrea, Via di Grottarossa 1035, 00189 Roma, Italia. [angela.napoli@uniroma1.it](mailto:angela.napoli@uniroma1.it)

<sup>6</sup> Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma, Via degli Apuli 1, 00185 Roma, Italia. [viviana.langher@uniroma1.it](mailto:viviana.langher@uniroma1.it)

**Obiettivi.** Verificare le potenziali differenze tra persone con e senza diabete di tipo 2 rispetto a meccanismi di difesa, dinamiche emozionali inconsce e depressione (1) e indagare il loro ruolo nell'aderenza al trattamento secondo una prospettiva psicodinamica (2). **Metodi.** Sono state reclutate 26 persone con diabete di tipo 2 e 25 partecipanti di confronto sani all'interno di un ambulatorio di medicina di base. Sono stati utilizzati il *Defense Mechanism Inventory*, il *Projective Envy Technique*, il *Beck Depression Inventory-II* e il *Self-Care Inventory-Revised*. Sono stati effettuati un t-test e un'analisi di correlazione bivariata.



**Risultati.** I partecipanti con diabete di tipo 2 hanno riportato maggiori livelli di maniacalità rispetto al gruppo di confronto (Cohen's  $d = 0.83$ ). È emersa una correlazione media negativa tra l'aderenza al trattamento e le dimensioni della depressione ( $r = -.49$ ;  $p = .01$ ) e dell'aggressività etero-diretta come meccanismo di difesa ( $r = -.36$ ;  $p = 0.10$ ). Al contrario, è stata riscontrata una correlazione media positiva tra l'aderenza al trattamento e le dimensioni della principalizzazione come meccanismo di difesa ( $r = 0.48$ ;  $p = .02$ ) e della compiacenza come dinamica emozionale inconscia ( $r = 0.36$ ;  $p = .07$ ).

**Conclusioni.** Il ruolo delle dinamiche inconscie messe in atto per gestire i sentimenti spiacevoli connessi all'esperienza di malattia cronica dovrebbe essere preso in considerazione nella relazione di cura con la persona con diabete di tipo 2 tenendo conto in particolare delle potenziali implicazioni per la persona sulla sua capacità di aderire al trattamento.

**Parole chiave:** Aderenza; Dinamiche inconscie; Malattia cronica.

# A sostegno di chi si prende cura: riflessione condivisa su criticità e soluzioni affrontate al domicilio tra caregivers familiari, operatori sanitari e sociali e Istituzioni.

*Maria Milano<sup>1</sup>, Ramona Polverari<sup>2</sup>, Matteo Ballesio<sup>3</sup>, Eugenia Malinverni<sup>4</sup>, Mara Simoncini<sup>5</sup>, Flavio Boraso<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> *Affiliazione Istituzionale: ASL TO3, Docente al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale del Piemonte, SIPEM, SIMG - [milanomar@gmail.com](mailto:milanomar@gmail.com)*

<sup>2</sup> *Affiliazione Istituzionale: ASL TO3 - [ramonapolverari@gmail.com](mailto:ramonapolverari@gmail.com)*

<sup>3</sup> *Affiliazione Istituzionale: Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale del Piemonte- [matteo.ballesio@gmail.com](mailto:matteo.ballesio@gmail.com)*

<sup>4</sup> *Affiliazione Istituzionale: Direttore dell'Associazione Luce per la vita Onlus, Cure palliative a casa e in hospice - [malinverniefugenia@gmail.com](mailto:malinverniefugenia@gmail.com)*

<sup>5</sup> *Affiliazione Istituzionale: Direttore del Distretto Aerea Metropolitana Nord, ASL TO3 - [msimoncini@aslto3.piemonte.it](mailto:msimoncini@aslto3.piemonte.it)*

<sup>6</sup> *Affiliazione Istituzionale: Direttore Generale dell'ASLTO3- [direzione.generale@aslto3.piemonte.it](mailto:direzione.generale@aslto3.piemonte.it)*

**Obiettivo.** In considerazione delle transizioni demografiche (1:4 >65 anni), epidemiologiche (incremento di patologie croniche, multi-morbilità e non autosufficienza) ed economiche (riduzione delle risorse in sanità e difficoltà ad accedere a servizi e ricoveri), ci siamo proposti di promuovere la creazione di una rete di sostegno ai caregiver familiari nel territorio di Pianezza.

**Metodi.** Abbiamo fatto incontrare chi, istituzionalmente, è responsabile delle cure e chi si struttura informalmente nel processo di cura per far luce sui reciproci mandati e disagi con un approccio narrativo mediato da un moderatore esperto.

Abbiamo affrontato le criticità dei caregivers che assistono pazienti in Cure Palliative, con Malattie Neurodegenerative e Anziani Fragili (tre tavoli tematici paralleli), poi le soluzioni adottate, quelle proponibili e quelle fattibili. I lavori di gruppo sono stati audio-registrati. L'evento è stato organizzato di sabato, senza crediti ECM e con la partecipazione gratuita di tutti.

**Risultati.** Hanno partecipato: 12 caregivers, 18 Medici (8 di famiglia e 10 specialisti di diverse branche operanti sul territorio, 7 associazioni, il Direttore del Distretto e del Servizio Sociale, 1 assistente sociale, 7 infermieri, 2 psicologi, il sindaco e l'assessore alle Pari Opportunità. Sono emerse le numerose difficoltà dei caregivers, anche rispetto al proprio ruolo ("oggi ho scoperto di essere un badante, pensavo di essere solo una figlia") e tanta solitudine; ma anche la complessità dei processi di comunicazione e il senso d'isolamento tra i sanitari ("Ho lavorato in quest'area per vent'anni e solo ora scopro chi sei e cosa fai"); un lavoro pressante senza interazione con altri colleghi e servizi. Il clima di grande partecipazione e condivisione ha generato 3 project work ricchi di riflessioni e spunti costruttivi.

**Discussione.** L'evento è stato una rarissima occasione di confronto interprofessionale: integrare esperienze creando conoscenze comuni condivise e circolari potrebbe consentire di minimizzare i costi e massimizzare i risultati con la soddisfazione di tutti, anche per il reciproco riconoscimento del lavoro svolto.

**Keyword:** Caregivers, Interprofessional education, Home Care

## References

- Col N, Bozzuto L, Kirkegaard P, et al., Interprofessional education about shared decision making for patients in primary care settings. *J Interprof Care*. 2011 Nov;25 (6):409-15
- Drummond N, Abbott K, Williamson T, et al., Interprofessional primary care in academic family medicine clinics: implications for education and training. *Can Fam Physician*. 2012 Aug;58(8): 450-8.
- Rice k., Zwarenstein M., Gotlib Conn L., et al., An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study, *Journal of Interprofessional Care*, July 2010; 24 (4): 350-36.

- Robben S, Perry M, van Nieuwenhuijzen L, et al., Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behaviour among primary care professionals. *J Contin Educ Health Prof.* 2012 Summer;32(3):196-204.
- Sangaletti C., Schweitzer M.C., Peduzzi M., et al., Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review, *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* Nov 2017, 15(11):2723–2788.

# La simulazione di colloqui virtuali medico-paziente: uno strumento per la formazione del personale sanitario per migliorare la relazione con l'utenza.

*Fabrizio Consorti<sup>1</sup>, Assunta Maiello<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Dipartimento Scienze Chirurgiche Università Sapienza di Roma, SIPeM Società Italiana di Pedagogia Medica*

*<sup>2</sup> Dipartimento di Studi Umanistici Università degli Studi di Napoli Federico II, SIPeM Società Italiana di Pedagogia Medica*

Lo scopo del presente lavoro è la costruzione di colloqui simulati medico paziente al fine di utilizzare un ambiente virtuale protetto in cui gli studenti possano esercitarsi nel riconoscere situazioni significative sul piano comunicativo, nello scegliere comportamenti verbali idonei ad affrontare le situazioni, avere un feedback giustificato sulle scelte fatte.

In questa ottica, è necessario fondare l'albero delle decisioni in cui si snoda ogni script su dati provenienti dalla ricerca empirica, così da giustificare allo studente perché un comportamento viene ritenuto corretto o da modificare.

È stata condotta una ricerca non sistematica di letteratura, mirata agli strumenti e ai modelli significativi per la relazione medico-paziente nell'ambito della medicina generale o ambulatoriale (MGA), soprattutto rispetto a condizioni croniche. Una revisione sistematica del 2012 ha identificato 19 strumenti, 9 relativi all'area della MGA. I costrutti prevalenti per l'area della MGA sono nominati come alleanza, fiducia ed empatia.

Questa ricerca si è svolta con un approccio *bottom-up* di *rapid prototyping*, per cui sono state selezionate due situazioni clinicamente significative, sono state identificate in esse le abilità da sviluppare, sono stati ricercati in letteratura modelli e strumenti basati su ricerca a supporto degli elementi decisionali da includere, a partire dalla review indicata in precedenza ma allargando la ricerca secondo necessità.

È stato costruito il primo esercizio sull'esecuzione di una visita di controllo in cui l'abilità relazionale considerata è il setting dell'agenda (SA) dell'incontro, come negoziazione fra le

agende del medico e del paziente, basata sul costrutto di “fiducia nel medico” (FM). Il prototipo dell’ambiente di simulazione è basato su un ambiente di animazione grafica e i colloqui fra i personaggi sono riprodotti sia con l’audio che col testo delle frasi in basso nel video. La scelta delle frasi da parte dello studente (domande per il paziente, commenti, spiegazioni, ...) avviene all’interno di riquadri di testo che compaiono agli snodi decisionali della storia. Il paziente reagisce in base allo script predeterminato sia con frasi che con prossemica e gesti del corpo. Sono stati introdotti elementi di *gamification*, per cui ogni comportamento corretto fa aumentare il punteggio specifico di SA e FM oltre ad una serie di comportamenti comunicativi generali corretti che, se adottati, fanno aumentare entrambi i punteggi.

Attendiamo di testare il primo esercizio in aula considerando i feedback dei discenti quali nuovi spunti per il perfezionamento dei copioni narrativi per rendere quanto più realistico l’esercizio di simulazione.

- Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 2012 Jan;65(1):10-5.
- Gobat N, Kinnersley P, Gregory JW, Robling M. What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Educ Couns.* 2015 Jul;98(7):822-9.
- Robinson JD, Tate A, Heritage J. Agenda-setting revisited: When and how do primarycare physicians solicit patients' additional concerns? *Patient Educ Couns.* 2016 May;99(5):718-23.
- Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Aff (Millwood).* 2004 Jul-Aug;23(4):124-32.

# Favorire un cambiamento in situazioni di scarse risorse e forti culture locali: un'esperienza di Pedagogia sanitaria del "Possibile" in Senegal

*Rachele Maddalena<sup>1</sup>, Matilde Mantovan<sup>2</sup>, Andrea Cavicchioli<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Clinica 'Ars Medica'*

<sup>2</sup>*Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, SC Ortopedia e Traumatologia*

<sup>3</sup>*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Dipartimento di Economia Aziendale, Sanità e Sociale*

**Obiettivo.** Individuare e applicare, dopo un'analisi e verifica delle procedure in loco, una metodologia praticabile di modifica di comportamenti errati nella gestione delle ferite in alcuni presidi ambulatoriali del Senegal.

**Metodi.** Durante uno stage di quindici settimane effettuato da una studentessa del Bachelor in Cure Infermieristiche presso tre diversi Postes de santé (dispensari) del Senegal è stato sviluppato un progetto di cambiamento con la collaborazione a distanza di due esperti clinici in Wound Care. In primo luogo, tramite fotografie e video raccolti dalla studentessa vi è stata un'attenta raccolta e verifica delle attrezzature, dei prodotti e delle tecniche adottate nella gestione delle ferite. Il materiale raccolto è stato valutato a distanza da parte dei due esperti in Europa. È stata formulata, in dialogo fra la studentessa e gli esperti, con il supporto di letteratura, una prima ipotesi dei punti critici che potevano essere modificati senza un investimento di risorse aggiuntive. Si è poi aperto un dialogo costruttivo con lo Chef de Poste responsabile dell'ambulatorio sulle problematiche individuate e le possibili soluzioni, per ottenere un consenso che è poi stato tradotto in un poster-protocollo sulla gestione delle ferite. Il poster-protocollo, validato dallo Chef de Poste, è stato spiegato al personale operante nell'ambulatorio dalla studentessa, che ne ha verificato pure la comprensione immediata e la sua

applicazione, a distanza di un congruo lasso di tempo.

**Risultati.** È stato possibile modificare alcuni comportamenti critici nella gestione delle ferite in tutte e tre i Postes de santé e lasciare un poster-protocollo da seguire per gli operatori poco qualificati. Nei Postes de santé solitamente vi è soltanto un infermiere, la sua mansione principale sono le consultazioni, di rado si occupa delle medicazioni.

Le nuove pratiche, più corrette, erano ancora attive dopo sette mesi dalla loro condivisione con il personale curante, che ha ribadito l'utilità del poster-protocollo.

**Conclusioni.** È stato possibile aumentare la probabilità di guarigione nei pazienti che frequentano i tre Postes de santé dove si è svolto questo progetto.

La gradualità e il rispetto della cultura e dinamiche locali sono dei principi che sono stati mantenuti nelle strategie di cambiamento, visto il contesto privo di risorse, con abitudini molto radicate nella quotidianità dell'azione di cura.

Questo lavoro è stato concretizzato grazie alle nuove tecnologie di comunicazione che hanno garantito una tempestiva valutazione di quanto veniva agito, l'elaborazione dei possibili miglioramenti da parte dei due esperti in occidente assieme alla studentessa in stage. Infine, ma non da ultimo, l'intero progetto è stato possibile grazie alla studentessa che è riuscita ad agire come mediatore pedagogico del cambiamento assieme all'autorità sanitaria locale.



# Formazione interprofessionale nelle scienze di base: Applicazione del Team-Based Learning in anatomia. Uno studio mixed-methods

*Lukas Lochner, Heike Wieser, Gabi Oberhöller, Dietmar Ausserhofer<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Polo Universitario della Provincia di Bolzano per la formazione delle professioni sanitarie*

**Obiettivo.** L'obiettivo di questo studio è stato applicare la metodologia del Team-Based Learning in un corso interprofessionale di anatomia, indagare i cambiamenti della percezione degli studenti rispetto gli obiettivi formativi interprofessionali ed elaborare suggerimenti per l'integrazione delle competenze interprofessionali nella formazione delle professioni sanitarie.

**Metodi.** Nell'anno accademico 2017/18 presso [istituzione] per la formazione delle professioni sanitarie, alcune lezioni di anatomia sono state ideate, per la prima volta, in modo interprofessionale, applicando la metodologia del Team-Based Learning. Il progetto coinvolgeva 30 studenti del Corso di Laurea (CdL) di Terapia Occupazionale (TO) e 13 studenti del CdL di Ortottica/Assistente in Oftalmologia (O/AO). L'aspetto dell'interprofessionalità è stato studiato utilizzando un metodo mixed-methods impiegando un sequential explanatory design. Nella fase quantitativa, gli studenti hanno compilato due scale (communication and teamwork, interprofessional learning) dell'University of the West of England's Interprofessional Questionnaire (UWE-IP) sia prima che dopo l'intervento. Nella fase qualitativa, la percezione degli studenti riguardante communication and teamwork e interprofessional learning, è stata indagata in profondità mediante due interviste di gruppo.

**Risultati.** Fase quantitativa: Il 91% degli studenti (17 TO, 13 O/AO) ha compilato sia il pre- che il post-test. Si è osservata una autovalutazione neutra delle competenze di

communication and teamwork con un aumento non significativo nel post-test, e un atteggiamento positivo riguardante il interprofessional learning, senza una differenza fra pre- e post-test. Fase qualitativa: In totale, 14 studenti hanno partecipato alle due interviste. La maggior parte ha affermato di apprezzare i lavori di gruppo, spiegando che in tal modo si impara di più. Tuttavia, alcuni studenti hanno dichiarato di preferire il lavoro individuale, e i gruppi non si sono riuniti al di fuori delle lezioni. In classe, ogni gruppo ha nominato un capo formale, ma durante i lavori i gruppi sono stati diretti dagli studenti più esperti nella tematica. Alcuni partecipanti hanno affermato di non aver sempre espresso la propria opinione durante il teamwork. Il focus era sulla materia anatomia e i partecipanti non ritenevano necessario studiare con studenti di un'altra professione. Tuttavia, due studenti hanno riportato di uno scambio informale tra le due professioni in classe. Al di fuori delle lezioni, i piani di studio e la separazione dei due CdL in edifici diversi hanno però impedito un ulteriore scambio. I partecipanti ritenevano fondamentale potersi confrontare con esempi reali e pratici per comprendere in che modo le diverse professioni contribuiscono a risolvere un problema.

**Conclusioni.** La metodologia del Team-Based Learning è adatta per sviluppare competenze interprofessionali come communication and teamwork anche nella fase iniziale della formazione durante gli insegnamenti delle scienze di base. Le iniziative interprofessionali in cui gli studenti apprendono dall'altro gruppo professionale sono più proficue se adottate in una fase avanzata della formazione. Per questo si dovrebbero scegliere contenuti comuni per le professioni coinvolte e gli studenti dovrebbero confrontarsi con esempi reali di collaborazione. La disposizione fisica e la condivisione di spazi comuni nei tempi liberi rende possibile incontri informali e favorisce uno scambio interprofessionale.

# Educazione clinica e medicina narrativa (ECMN): un approccio pedagogico

*A. Giordano<sup>1</sup>, F. M. Sirignano<sup>2</sup>, E. Mannese<sup>3</sup>, F. Marone<sup>4</sup>, M. G. Lombardi<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Temple University, Philadelphia, USA'*

<sup>2</sup>*Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli*

<sup>3</sup>*Università degli Studi di Salerno, Salerno*

<sup>4</sup>*Università degli Studi Federico II, Napoli*

Il lavoro di ricerca presentato muove dagli studi condotti dal gruppo di ricerca internazionale Clinical Education and Narrative Medicine (ECMN), accreditato presso la Temple University di Philadelphia - College of Science and Technology - Department of Biology, Sbarro Health Research Organization (Direttore: prof. Antonio Giordano) che analizza - attraverso il lavoro di ricercatori provenienti da U.S.A., Italia e Spagna - le interconnessioni esistenti tra la dimensione pedagogica e la dimensione clinica, utilizzando come strumento privilegiato l'approccio narrativo.

L'obiettivo del Gruppo è quello di promuovere l'interazione e lo scambio dialettico tra le scienze mediche e le scienze umane, ponendosi in una prospettiva di medical humanities. Partendo dall'idea che la pedagogia sia una scienza interdisciplinare, intradisciplinare e transdisciplinare, Clinical Education and Narrative Medicine (ECMN), delinea, rispetto al tema della cura, un approccio pedagogico innovativo che si inserisce appieno nell'alveo del pedagogico.

Da un lato perché esercita un'azione fondante rispetto alla narrazione come cura di sé, dall'altro poiché svolge un'azione orientante rispetto alle relazioni di cura poiché mette in atto azioni che attraversano la dimensione clinica.

In questa direzione l'approccio ECMN contribuisce a delineare - nell'ambito del dibattito internazionale di un nuovo orientamento alla formazione e alla clinica più centrato sull'interazione e sulla comprensione umana - nuove ipotesi e strategie per chi opera nei contesti di cura.

Obiettivo di questo lavoro è presentare il modello ECMN, a partire da un'idea di ricerca aristotelicamente intesa articolata nella triplice dimensione teorica-pratica-poietica, al fine

di produrre strategie e modelli di best practice e mettere in atto azioni pedagogicamente fondate anche nei contesti di cura.

In tal senso il paper, con la lente ECMN, esamina le complesse intersezioni tra la dimensione biomedica, quella clinica e quella pedagogico-sociale delineando le nuove ed attuali linee di ricerca del Team.

# Metodi di analisi dei fabbisogni formativi nelle aziende sanitarie: ricerca nelle aziende dell'Emilia Romagna e della Lombardia

*Giovanna Artioli<sup>1</sup>, Laura Fanetti<sup>1</sup>, Francesca Frati<sup>1</sup>, Daniela Guarneri<sup>1</sup>, Gianfranco Martucci<sup>1</sup>, Giulia Pecorara<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Università degli studi di Parma*

**Introduzione.** La formazione, l'interesse verso le competenze dei professionisti ed il mantenimento degli standard assistenziali di qualità rappresentano la chiave di volta su cui sostenere l'intero Sistema Sanitario: è una responsabilità collettiva supportare gli operatori in questo percorso, utilizzando gli strumenti appropriati anche a costo di rivederne le metodologie. La rilevazione dei bisogni rappresenta lo strumento portante, anche se spesso trascurato, per raccogliere informazioni necessarie a definire, sia qualitativamente che quantitativamente, una pianificazione realistica ed efficace degli interventi formativi e per sistematizzarle dal punto di vista teorico e pratico, consentendo l'applicazione di precise metodologie operative.

**Obiettivo.** Raccogliere ed analizzare le diverse metodologie di analisi dei fabbisogni formativi nelle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna e della Lombardia per comprendere le difficoltà incontrate e le strategie implementate nonché individuare vantaggi e svantaggi dei diversi metodi.

**Metodi.** Lo studio, inserito in una ricerca più ampia della SIPeM, consiste in una ricerca quali – quantitativa articolata in due fasi: 1) intervista semi – strutturata ai Responsabili della formazione delle Aziende Sanitarie pubbliche di Emilia-Romagna e Lombardia; 2) somministrazione di un questionario ai collaboratori dell'area formazione e ai referenti dipartimentali e delle unità operative delle Aziende Sanitarie pubbliche di Emilia-

Romagna e Lombardia. I dati derivati dalle interviste saranno sistematizzati e analizzati tramite l'analisi tematica, quelli derivati dai questionari elaborati mediante matrici di dati utilizzando il programma Excel e analizzati tramite l'analisi statistica descrittiva (media, moda, mediana, deviazione standard e calcolo della distribuzione percentuale). La specificità dello studio rispetto alla ricerca principale consiste nella triangolazione dei dati derivati dalle interviste con quelli ottenuti dai questionari. La valutazione seguirà un'impostazione di tipo realista.

**Risultati.** Lo studio consentirà la mappatura dei metodi e delle strategie utilizzati per ottenere l'analisi di fabbisogno nelle Aziende Sanitarie pubbliche di Emilia-Romagna e Lombardia. L'analisi dei dati darà la possibilità di individuare vantaggi e svantaggi delle diverse metodologie implementate. Le difficoltà emerse durante l'acquisizione dei bisogni formativi saranno analizzate per comprenderne le possibili cause, i meccanismi di gestione e le soluzioni adottate.

**Conclusioni.** La letteratura enfatizza la necessità di iniziare ogni programma di formazione con un'analisi dei bisogni formativi ovvero un "momento di rilevazione delle necessità formative preliminari ad un corso vero e proprio" che preveda il coinvolgimento di tutti gli stakeholders. Spesso tale assunto viene disatteso ed i programmi formativi vengono progettati sulla base di informazioni già possedute o in risposta a richieste inoltrate dai responsabili delle unità operative, dando per scontato che essi abbiano indagato competenze, bisogni e carenze dei propri sottoposti. Conoscere le diverse strategie implementate nonché i sistemi e le soluzioni proposte, consente la definizione delle metodologie ritenute migliori per rispondere ai diversi obiettivi aziendali e l'apertura di un tavolo di confronto in un'ottica di benchmarking. La valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei diversi metodi consente una rivalutazione e riorganizzazione nel settore formazione ed il coinvolgimento diretto del lavoratore, diminuendo il rischio di sviluppo della sindrome da burnout.

# Ricordare, imparare. Sentire?: un dialogo possibile tra le conoscenze mediche e la gestione delle emozioni in ambito sanitario

*Maria Florencia Gonzalez Leone<sup>1</sup>, Caterina Arcidiacono<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Università degli Studi Federico II, Napoli*

Il 7 giugno 1942 il quotidiano argentino “La Nación” pubblicava un racconto di Jorge Luis Borges, Funes el memorioso: il contadino Ireneo Funes, dopo una caduta devastante che gli aveva procurato un trauma cranico, recupera la memoria e con essa l'incredibile facoltà di ricordare tutto, ma proprio tutto. Verso la metà del racconto el memorioso afferma: «Ho più ricordi io da solo di quanti ne avranno avuti tutti gli uomini da quando il mondo è mondo». Per Funes la memoria era diventata un dono tossico. La sua mente non era in grado di elaborare i dati per ricavarne nozioni astratte forse perché aderiva troppo intimamente al contenuto letterale e ai minimi particolari. Funes «Aveva imparato senza sforzo l'inglese, il francese, il portoghese e il latino, ma sospetto che non fosse molto capace di pensare». Il contesto attuale di iper-connettività, di iper-informazione, iper-comunicazione consente un flusso permanente di informazione non elaborata che ha reso il racconto di Borges una realtà. È questo racconto della letteratura argentina che vorrei utilizzare come metafora per riflettere sulla sfida delle cure mediche nel contesto attuale dove il pensiero, le emozioni e le conoscenze mediche sembrano tra loro separate. Non c'è uno spazio per accogliere il vissuto di chi lavora in ambito sanitario. L'esigenza di portare un risultato di fronte alla sofferenza di un paziente, annulla l'idea di una sofferenza anche da parte di chi si prende cura di quel paziente. Inoltre, apparteniamo a una cultura nella quale l'efficienza è legata principalmente a una richiesta di iper-formazione: corsi, master, specializzazione. Incorporiamo costantemente nuove nozioni per diventare “esperti” e rispondere alle esigenze attuali ma, come riflette il racconto di Borges, il solo incorporare informazione illimitatamente, “il ricordare tutto”, può essere

contrario al “pensare”, all’elaborazione di un pensiero e allo sviluppo di una emotività legata alla nostra esperienza. Creare uno spazio e un tempo per riflettere sul vissuto e sulle emozioni di chi lavora in ambito sanitario può solo creare consapevolezza e professionisti in grado di umanizzare le cure in medicina.



# Relazione Sanitaria in Pediatria di Base

*Francesca Dicè<sup>1</sup>, Pasquale Dolce<sup>2</sup>, Assunta Maiello<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Centro di Ateneo SinAPSi, Università degli Studi Federico II, Napoli*

<sup>2</sup>*Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi Federico II, Napoli*

<sup>3</sup>*Dipartimento di Studi Umanistica, Università degli Studi Federico II, Napoli*

In questo lavoro si intende realizzare un'analisi del dialogo nell'ambito delle Cure Primarie, in particolare in Pediatria di Base, attraverso l'identificazione di alcuni "Pattern di Interazione Dialogica" con particolare attenzione a come le preoccupazioni espresse dagli utenti (genitori e bambini) nel corso della visita medica, possano determinare le risposte che i pediatri ricolgono agli utenti e che i genitori rivolgono ai bambini.

A tal fine sono state audioregistrate 265 visite, in seguito trascritte verbatim ed analizzate

attraverso il Verona Coding Definitions of Emotional Sequences, che ha permesso di identificare le preoccupazioni espresse dagli utenti e le risposte ad esse. È stata svolta un'Analisi della Ridondanza per individuare la relazione causale tra i due gruppi di variabili.

I "Pattern di Interazione Dialogica" osservati sono stati sei; tutti si riferiscono a dialoghi concentrati quasi esclusivamente sugli aspetti clinici dello stato di salute del bambino, in cui però le preoccupazioni espresse vengono presto rassicurate, "risolte", ma raramente approfondite, in particolare quelle del paziente bambino.

Il dialogo tra il pediatra ed i suoi utenti sembra, in tale contesto, costruirsi mantenendo criteri di efficienza e rapidità della visita medica, con una limitata considerazione delle preoccupazioni dell'utenza quali informazioni di senso utili nella pratica clinica. Potrebbe essere utile proporre dei piani di ricerca intervento, anche quali occasioni formative per i pediatri, che abbiano il fine di agevolare il riconoscimento di tali informazioni come necessarie all'individuazione di prassi mediche che siano comprese e condivise da tutti i partecipanti

# Apprendimento come atteggiamento mentale del professionista nell'assistenza domiciliare in cure palliative: interviste narrative a caregivers familiari anziani

*Francesca Giulia Uretro, Maria Milano*

**Obiettivo.** L'apprendimento nella relazione di cura è ambivalente: può riguardare la formazione dell'operatore che impara a prendersi cura di paziente e famiglia, quanto l'educazione al paziente e caregiver per fornire strumenti utili ad affrontare la situazione di malattia. Spesso nel contesto domiciliare le informazioni che il professionista apprende sono veicolate dal paziente stesso o dalla sua famiglia. Per creare una relazione è necessaria la conoscenza vicendevole dei soggetti della relazione d'aiuto, quindi creare una relazione di cura significa apprendere le peculiarità dell'altro, la sua situazione e la sua storia. L'obiettivo di questo studio è esplorare il significato dell'esperienza di assistenza in cure palliative domiciliari per un caregiver familiare anziano e far emergere le sue difficoltà.

**Metodi.** Ricerca qualitativa che utilizza lo strumento dell'intervista narrativa semistrutturata e audio-registrata. L'analisi delle interviste è stata effettuata con la Content Analysis di tipo convenzionale in triangolazione tra due ricercatori.

**Risultati.** Sono emersi episodi significativi in cui i caregivers si sono sentiti in difficoltà durante il periodo di assistenza al proprio caro ed i profondi significati da loro attribuiti all'esperienza di caregiving; molte le riflessioni riguardo al concetto di tempo, talvolta percepito come dilatato per l'età avanzata del caregiver e la condizione del parente morente, al valore del ruolo di caregiver, all'importanza dell'operatore capace di accompagnare la famiglia durante il percorso. Se l'operatore ha la responsabilità di

guidare l'intera famiglia nel percorso di terminalità e di consapevolezza, i significati che le persone attribuiscono alla loro assistenza possono essere utili al professionista per apprendere i bisogni e le caratteristiche del caregiver con cui si relaziona e per calibrare l'intervento in base alle peculiarità della situazione e dei soggetti coinvolti. La persona anziana dà molto valore al racconto della propria esperienza che serve al caregiver per sentirsi compreso, rielaborare un vissuto e permette di regalare un pezzo di sé a chi ascolta: lasciare un segno. Inoltre, è importante riconoscere il valore del caregiver domiciliare come fonte di apprendimento per il professionista di stili di vita del paziente, ricordi, ritualità, bisogni.

# “Spero di non fermarmi” Motivazione al lavoro oggi Professionisti sanitari si raccontano

Monica Ghezzi<sup>1</sup>, Amelia Marzano<sup>2</sup>, Giuseppe Parisi<sup>3</sup>, Tina Pelanda<sup>4</sup>, Katia Polloni<sup>5</sup>, Nadia Santuari<sup>6</sup>, Debora Vichi<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - [monica4ghezzi@gmail.com](mailto:monica4ghezzi@gmail.com)

<sup>2</sup> SIPeM - [ameliamarz81@gmail.com](mailto:ameliamarz81@gmail.com)

<sup>3</sup> SIPeM - [giuseppe.parisi.trento@gmail.com](mailto:giuseppe.parisi.trento@gmail.com)

<sup>4</sup> Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Servizio Formazione - [tina.pelanda@apss.tn.it](mailto:tina.pelanda@apss.tn.it)

<sup>5</sup> Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Servizio Formazione - [katia.polloni@apss.tn.it](mailto:katia.polloni@apss.tn.it)

<sup>6</sup> Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Servizio Formazione - [nadia.santuari@apss.tn.it](mailto:nadia.santuari@apss.tn.it)

<sup>7</sup> Civica di Trento APSP - [devvichi@gmail.com](mailto:devvichi@gmail.com)

**Obiettivo.** Un gruppo di lavoro multidisciplinare di professionisti della formazione, dopo una prima fase esplorativa, ha scelto di approfondire il tema della motivazione. In particolare, è stata condotta una indagine preliminare per indagare la prospettiva dei professionisti sanitari sulla motivazione alla base della scelta professionale, sui meccanismi che la possono sostenere o "affondare" durante la pratica lavorativa, e sulla funzione della formazione.

**Metodi.** Si sono arruolati 11 infermieri conosciuti e considerati dal gruppo testimoni privilegiati, provenienti dal locale ospedale e da una RSA, e con età lavorativa dai 3 ai 17 anni, creando così un campione opportunistico. Sono stati condotti due focus group, arrivando alla saturazione dei temi che interessavano per una prima indagine. Le trascrizioni delle audioregistrazioni dei focus group sono state analizzate e tematizzate dagli esperti del gruppo, per arrivare a una definizione condivisa dei temi emersi.

**Risultati.** All'origine della motivazione c'è quello che abbiamo definito "scoprirsi convocati"; ovvero nessuno presenta una motivazione legata ad attitudini personali di tipo vocazionale puro, ma si può dire che nessuno è "infermiere per caso", infatti, se l'incontro con la professione è stato casuale, ha permesso comunque di scoprire un progetto bello e congeniale a sé.

Durante il percorso di studio attese e aspettative si modificano con acquisizione di maggior consapevolezza del ruolo e della sua complessità; attraverso l'esperienza del tirocinio si comprende meglio il proprio progetto personale e professionale e, se necessario, si decide per un cambio di rotta. Durante il percorso lavorativo, ricercando nelle esperienze narrate ciò che sostiene la motivazione, si deducono alcuni nuclei tematici: la possibilità di proporre e realizzare cambiamenti nell'organizzazione, l'autonomia nel ruolo riconosciuta tanto da se stessi quanto dagli altri, le opportunità formative, sia come soggetto che si occupa della formazione altrui che come discente, le novità, la creatività, il confronto intergenerazionale, il senso di appartenenza ad un gruppo, il feedback, il riconoscimento da parte dei colleghi. All'opposto, "affondano" la motivazione: la routine, la demotivazione dei colleghi, la mancanza di collaborazione e condivisione nel gruppo, un'organizzazione lenta e pesante. Si è cercato di capire poi quale formazione fosse ritenuta più motivante e ne è emersa questa definizione: una formazione legata all'esperienza lavorativa, capace di mantenere vitale la professione, a supporto della capacità dell'équipe di lavorare in modo integrato e a sostegno della competenza riflessiva.

**Conclusioni.** Pur sottolineando difficoltà ed evidenti ostacoli, i partecipanti hanno portato una visione generale decisamente positiva e hanno dimostrato di ricercare e utilizzare strumenti diversificati per mantenere viva la propria motivazione. La formazione continua ha un ruolo, purché "sul campo" e orientata al lavoro reale e al team. I problemi legati all'interprofessionalità, pur essendo palpabili, non sono considerati insuperabili in quanto ritenuti legati ad atteggiamenti individuali. L'esperienza ha schiuso, per il gruppo di lavoro, altri campi di indagine quali il ruolo del paziente, grande assente in questo studio, e il confronto con professionisti e setting lavorativi diversi.

**Parole chiave.** Motivazione, focus group, formazione continua

# Il tempo e la formazione interprofessionale: ostacoli e sfide nella progettazione formativa.

*Zamarian Simone<sup>1</sup>, Garrino Lorenza<sup>2</sup>, Dimonte Valerio<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup> Infermiere presso A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino*

*<sup>2</sup> Ricercatore in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche – Università degli Studi di Torino.*

*<sup>3</sup> Professore Associato e Presidente del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche – Università degli Studi di Torino).*

La complessità che sta caratterizzando l'attuale spaccato sanitario sta determinando sempre di più la necessità di approcci formativi rispecchianti l'interattività professionale e la Formazione Interprofessionale (FIP), definita come “*quando due o più professioni apprendono con, da e su ognuna di esse con l'obiettivo di migliorare la collaborazione e la qualità della cura*” (CAIPE, 2002), si delinea come modello principale per favorire la collaborazione interprofessionale. I progettisti della formazione devono però soffermarsi su come la FIP debba essere organizzata e svolta sotto il punto di vista temporale, rispondendo ex-ante a quesiti quali: quando attuare la FIP? Per quanto tempo? In quale momento del percorso formativo dei discenti? È stata svolta una ricerca bibliografia atta a indagare i quesiti segnalati; sono state utilizzate le banche dati di MEDLINE e CINAHL. Dall'indagine svolta è emersa una poliedrica natura delle iniziative di FIP, il tempo ad essa correlato era un aspetto progettualmente variabile, identificato come un ostacolo o una sfida e che trova correlazione con la programmazione didattica, l'apertura verso la FIP, i soggetti implicati e i curricula (dati rispecchiati anche da una ricerca Torinese mirata a valutare l'applicabilità della FIP nello specifico contesto); la raccomandazione è quella di un'attuazione precoce della FIP settata su una programmazione longitudinale. La questione temporale nella FIP è però sottesa anche da aspetti quali: i risultati, che per essere ottenuti necessitano di un tempo e di una metodica formativa adatta e protratta; a dinamiche top-down le cui basi si

posano su paradigmi spesso mono-professionali e su pregressi sociologici delle professioni della cura; a dinamiche bottom-up nelle quali i discenti sono portatori a loro volta di valori e preconetti dati dalla socializzazione anticipata e sviluppano una propria identità in relazione all'esperienza e all'aggregazione d'appartenenza; il gruppo come spazio di processi interpersonali-intergruppo. Concludendo, il tempo e la FIP devono trovare una giusta proporzione, basandosi sulla considerazione di fattori ex e post – ante, partendo dai paradigmi di pensiero della formazione, passando dai partecipanti e dai facilitatori per arrivare ai risultati e alle modalità formative correlate. Una formazione condivisa e interprofessionale che lentamente tarda ad inserirsi nel percorso dei futuri professionisti può minare la futura efficacia collaborativa di questi; mai come oggi è necessario un approccio “slow” che considera il tempo non tanto come conseguenza delle decisioni formative, ma come filosofia per una formazione che tiene conto a tutto tondo dei soggetti-processi-risultati.

# Prendersi cura del caregiver in oncologia: apprendere dalla ricerca sui racconti di un concorso letterario e promuovere l'engagement.

Nicoletta Suter<sup>1</sup>, Ivana Truccolo<sup>2</sup>, Giulia Ardizzone<sup>3</sup>, Lucia Cadorin<sup>4</sup>, Chiara Cipolat Mis<sup>5</sup>, Nicolas Gruarin<sup>6</sup>, Francesca Masutti<sup>7</sup>, Daniela Michilin<sup>8</sup>, Nancy Michilin<sup>9</sup>, Alessandra Merighi<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [nsuter@cro.it](mailto:nsuter@cro.it)

<sup>2</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [itruccolo@cro.it](mailto:itruccolo@cro.it)

<sup>3</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [giulia.ardizzone@cro.it](mailto:giulia.ardizzone@cro.it)

<sup>4</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [lcadorin@cro.it](mailto:lcadorin@cro.it)

<sup>5</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [people@cro.it](mailto:people@cro.it)

<sup>6</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [ngruarin@cro.it](mailto:ngruarin@cro.it)

<sup>7</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [francesca.masutti@cro.it](mailto:francesca.masutti@cro.it)

<sup>8</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [dmichilin@cro.it](mailto:dmichilin@cro.it)

<sup>9</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [nmichilin@cro.it](mailto:nmichilin@cro.it)

<sup>10</sup> Istituto di Scuola Superiore Flora, Pordenone - [alessandramerighi@libero.it](mailto:alessandramerighi@libero.it)

**Obiettivo.** In occasione di 5 concorsi letterari dal 2012 al 2017 sono pervenuti alla nostra organizzazione 208 racconti sulla malattia oncologia, sui quali è stato avviato un protocollo di studio. L'obiettivo è di analizzare i testi per individuare al loro interno elementi che possano migliorare la comprensione dei fenomeni correlati alla malattia oncologica, le implicazioni per la cura, i bisogni formativi degli operatori, il ruolo dei caregiver/familiari, le priorità della ricerca in oncologia. L'impatto di tali narrazioni sul miglioramento delle organizzazioni sanitarie è ancora materia di ricerca, in particolare nell'ambito dei caregiver/familiari.

**Metodi.** Il gruppo di ricerca ha attualmente terminato 3 tipi di analisi su 41 narrazioni di caregivers/familiari (Mischler, 1995 - Riessman, 2008):

(1) analisi tematica, focalizzata sul contenuto (il narrato) per mettere in evidenza temi, relazione semantica fra temi, campi semantici (valori, sentimenti, comportamenti, relazioni, percezioni, interpretazioni) e orientamenti culturali prevalenti;

(2) analisi strutturale: per individuare le caratteristiche della trama (personaggi, punto di vista, conflitto narrativo, spazio, tempo, risoluzione e stile; in questa fase è stata utilizzata a supporto la "Reading Guide for reflective practice" (Charon et al., 2015);



(3) analisi performativa: per studiare i contesti di produzione delle narrazioni e le conseguenze sociali, culturali e psicologiche da esse prodotte, le motivazioni che inducono alla narrazione e alla scrittura di sé e della malattia.

È stata effettuata una analisi specifica delle metafore emerse per rappresentare la malattia e una meta-analisi sulle 41 mappe concettuali prodotte.

**Risultati.** Le narrazioni dei caregivers mettono in evidenza:

- una rappresentazione della malattia oncologica come rottura biografica del sistema famiglia, con vissuti di impotenza, solitudine, perdita e aumento della vulnerabilità;
- il corpo malato è sinonimo di identità ferita/mutilata/offesa: l'esistenza perde la sua
- continuità spazio-temporale, linguaggio e memorie si trasformano, i ruoli familiari e sociali sono messi in discussione e il caregiver/familiare è spettatore/attore di questo processo, che causa grave sofferenza psicologica;
- il caregiver/familiare è promotore di resilienza ed ha un ruolo centrale in ospedale e a domicilio nel coping individuale e familiare, nell'accompagnamento del fine vita e successivamente nell'elaborazione del lutto;
- emerge il bisogno di supporto psicologico per gestire la sofferenza: fondamentale il ruolo dell'ascolto e della comunicazione empatica nella relazione con gli operatori;
- organizzazione dell'assistenza e comfort ambientale sono indicati come elementi di
- supporto alla cura del caregiver/familiare.

**Conclusioni.** Il lavoro di ricerca fin qui condotto fa emergere l'efficacia delle narrazioni dei caregivers, per rivisitare i percorsi e le relazioni di cura, i ruoli dei vari attori coinvolti e la formazione degli operatori, attraverso i loro bisogni espliciti ed impliciti, vissuti, esperienze, rappresentazioni della malattia, sofferenza, cura, morte.

Se le storie rappresentano una ricostruzione narrativa per attribuire un senso all'origine della malattia e alla "rottura biografica" da essa prodotta (Riessman, 2015), una loro lettura ravvicinata può contribuire a migliorare la comprensione del vissuto di malattia (*illness*) e della rappresentazione sociale della stessa (*sickness*) per un ripensamento della pratica clinica in un'ottica di personalizzazione e umanizzazione del processo di cura e soprattutto di engagement del caregiver (CCIFE, 2017).

**Parole chiave:** caregiver, storie, ricerca

# Corpo, narrazione, cura: un tempo per apprendere ed un tempo per riflettere

Nicoletta Suter<sup>1</sup>, Marisa Del Bene<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro di Riferimento Oncologico – IRCCS Aviano (PN) - [nicoletta.suter@libero.it](mailto:nicoletta.suter@libero.it)

<sup>2</sup> Marisa Del Ben, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 Friuli Occidentale, Pordenone - [marisa.delben@aas5.sanita.fvg.it](mailto:marisa.delben@aas5.sanita.fvg.it)

**Obiettivo.** La relazione di cura è quotidianamente mediata dalla corporeità. L'operatore tocca il corpo del malato e nello stesso tempo viene toccato dal corpo dell'altro. Come è possibile curare il corpo altrui in assenza di consapevolezza circa la propria corporeità? Affrontare il tema della cura tenendo conto che l'esperienza della corporeità sana e malata entra profondamente nella biografia delle persone è un aspetto fondamentale nella formazione professionale. Il corpo vive nel tempo e nello spazio attraverso una narrazione biografica e i saperi devono oggi rivolgersi allo studio della cosiddetta "mente incarnata" (Bottaccioli 2017). Nel 2016-2017, presso un'azienda friulana, è stato realizzato un progetto di formazione, per approfondire la consapevolezza della propria e altrui corporeità, anche correlata all'esperienza della malattia/trauma; in seguito uno studio per valutare gli esiti del processo educativo.

**Metodi.** Il percorso formativo di 30 ore, 8 incontri ("Il corpo narra: cura di sé e cura dell'altro") è stato realizzato con la formula della Formazione sul Campo, (l'apprendimento attraverso il corpo ha bisogno di un tempo "slow"), in una palestra attrezzata per le attività teorico-pratiche, coinvolgendo un gruppo multiprofessionale (20 partecipanti).

Al percorso formativo è stato affiancato uno studio qualitativo condotto attraverso una indagine di efficacia percepita e una analisi tematica delle scritture prodotte ex-post dai partecipanti, stimulate da 11 domande che avevano lo scopo di "dare voce" alle esperienze, vissuti, valori, processi psico – sociali e relazionali degli operatori. Per aver una visione d'insieme e per meglio interpretare i dati, i ricercatori hanno anche riletto e analizzato i diari di bordo e le scritture effettuate durante le esercitazioni.

**Risultati.** I risultati dello studio, restituiti in una specifica giornata di formazione, hanno evidenziato:

Efficacia percepita. La formazione narrativo-esperienziale è stata considerata efficace/molto efficace sia per la metodologia didattica (close reading, scrittura riflessiva, esperienze corporee), sia per lo sviluppo di competenze (consapevolezza di sé, intelligenza emotiva e corporea); la formazione può contribuire a migliorare la relazione con pazienti, caregivers, colleghi, se stessi, quindi è possibile trasferire apprendimenti nella realtà lavorativa- Scritture ex-post. L'analisi tematica (Elo & Kyngäs 2008) e la conseguente mappatura dei temi e sotto-temi emersi (11 mappe), hanno evidenziato: significati attribuiti alla narrazione del corpo, apprendimenti, scoperte e cambiamenti avvenuti, riflessioni suscitate dall'esperienza sul ruolo della corporeità nella professione, sul valore del gruppo, sul rapporto tra scrittura e corpo, su ulteriori fabbisogni formativi.

**Conclusioni.** I dati raccolti, seppure inerenti un piccolo campione, hanno permesso di comprendere come una formazione narrativo-esperienziale, condotta con una metodologia che integra esperienza corporea, scrittura e riflessione, possa impattare in termini di apprendimenti e cambiamenti nella vita personale e professionale dei partecipanti e sulla cura di sé. Gli esiti della ricerca spingono a reiterare questo tipo di formazione-ricerca anche in futuro e in altri gruppi professionali (è in corso un secondo progetto formativo). La formazione narrativa sulla corporeità e per la cura di sé può avere ricadute importanti sul benessere dei gruppi professionali, sia per facilitare il dialogo e il confronto che per promuovere la cosiddetta "mente collettiva" (Formenti 2008).

**Parole chiave.** Mente-incarnata, narrazione, ricerca

# Utilità delle schede del progetto "Fare di più non vuol sempre dire fare meglio" (Choosing Wisely Italy) nella formazione all'appropriatezza diagnostica e prescrittiva.

*Piersante Sestini*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena.*

Vi sono pochi strumenti per la formazione all'appropriatezza clinica. Abbiamo sperimentato l'utilizzabilità e l'utilità delle schede del progetto Choosing Wisely Italy (CWI) in giochi di ruolo all'interno di due corsi di Communication Skills rivolti a 210 studenti del secondo anno di Medicina e 40 del primo anno di Fisioterapia, in gruppi di 20-25 studenti. Le scenette prevedevano un paziente che si rivolgeva al professionista (medico o fisioterapista) con una richiesta "inappropriata" ma che poteva essere considerata dal paziente "legittima" per vari motivi (culturali, prescritta da un altro professionista ecc). Ad esempio, una richiesta di RMN per una lombalgia insorta da una settimana in una impegnata professionista, o di trattamento con apparecchiature di mobilizzazione continua passiva in seguito ad intervento sui legamenti del ginocchio in un calciatore dilettante, richieste entrambe da un rinomato chirurgo ortopedico. Oppure alla richiesta di un antibiotico da parte di una badante straniera, timorosa di perdere il lavoro se attaccasse un fastidioso mal di gola alla "signora" che accudisce. Contestualmente veniva proiettata la scheda della società professionale rilevante (Radiologi, Fisioterapisti, medicina generale), che mostrava come quella pratica fosse al primo posto da quelle considerate "inappropriate" dalla stessa comunità professionale. In ogni gruppo la scenetta veniva ripetuta più volte, da coppie di studenti diversi, fino a giungere ad una soluzione accettabile. In tutti i gruppi, il primo professionista" esaudiva la richiesta senza esitazioni. Grazie alla discussione che seguiva,

i successivi provavano varie strategie (alcune remissive, altre paternalistiche, altre dogmatiche), per evitare la prescrizione, ma occorre un minimo di 3-4 ripetizioni prima di arrivare ad una strategia soddisfacente sia per il "professionista" che per il "paziente". Le difficoltà riguardavano sia la percezione del proprio ruolo di fronte ad una "autorità", come il professorone specialista, sia pure in un altro campo, sia la difficoltà a comprendere ed affrontare i legittimi punti di vista del "paziente". Le schede di CWI si sono rivelate estremamente utili, in questi gruppi di studenti alle "prime armi", per la sinteticità e chiarezza del messaggio e per l'autorevolezza conferita dalle società professionali che le propongono, consentendo di concentrarsi sul problema pratico senza doversi addentrare in complesse discussioni metodologiche, cliniche e fisiopatologiche.

# Analisi delle modalità per la rilevazione dei fabbisogni formativi nelle aziende sanitarie e ospedaliere in Liguria.

*Lotti Antonella, Carbonifero Laura, Francone Valentina, Carrozzo Stefano, Masini Michele, Martucci Gianfranco, Bacchielli Mariapaola, Marzano Amelia, Pediconi Federica, Continisio Isabella*

*<sup>1</sup> SIPeM e Linea Verde*

**Obiettivo.** La Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) sta svolgendo una ricerca nazionale policentrica sulle modalità con le quali le aziende sanitarie e ospedaliere svolgono l'analisi dei fabbisogni formativi, fase preliminare e indispensabile per una formazione continua efficace. Questa ricerca ha lo scopo di indagare come le aziende sanitarie e ospedaliere svolgono l'analisi dei fabbisogni in Liguria.

**Metodi.** L'indagine si rivolge alle 10 unità operative Formazione e Aggiornamento site in Liguria, per individuare la loro posizione nell'organigramma aziendale, la loro composizione, i metodi e gli strumenti per la raccolta dei fabbisogni formativi e predisposizione del piano aziendale della formazione. Il metodo di ricerca scelto è l'intervista semi-strutturata in presenza rivolta al responsabile dell'Unità Operativa Formazione e Aggiornamento.

**Risultati.** L'indagine parte da un presupposto di evidence based policy, cioè che ogni azienda sanitaria ha l'obbligo di raccogliere il bisogno formativo nel ciclo di progettazione della formazione proprio dei provider ECM, secondo la normativa di riferimento. Nel portare avanti l'indagine ci rifacciamo all'approccio teorico della ricerca valutativa di ambito *realista*, cioè volta a capire come un oggetto di ricerca è attuato realmente, quali sono gli aspetti che ne permettono il corretto funzionamento nei contesti di lavoro concreti. L'intervista vuole quindi aprire uno spazio di teorizzazione rispetto a meccanismi che risultano più e meno funzionali alla raccolta del fabbisogno formativo in diversi servizi di

formazione odierni. Sono state condotte alcune interviste ai responsabili delle Unità Operative Aggiornamento e Formazione delle Aziende Sanitarie e ospedaliere liguri, e altre sono in corso. Le interviste sono state registrate e trascritte *verbatim* su supporto informatico. Il testo è stato poi analizzato attraverso ripetute letture volte a cogliere le percezioni dei partecipanti attraverso le loro stesse parole ed espressioni linguistiche. Questi elementi, inizialmente scomposti, sono stati successivamente raggruppati in categorie, che a loro volta sono state riunite in aree tematiche. I partecipanti hanno *fornito* il loro consenso al trattamento dei dati. Dai primi risultati emerge che gli Uffici Formazione sono per lo più in staff alla direzione generale, che l'analisi dei fabbisogni formativi viene svolta attraverso i Referenti Aziendali per la Formazione (RAF) tramite l'utilizzo di schede di rilevazione dei bisogni rivolte ai direttori delle strutture o dei dipartimenti o attraverso la compilazione di schede progetto formativo.

**Conclusioni.** Emerge che l'analisi dei fabbisogni formativi indaga perlopiù i fabbisogni percepiti da parte del comparto sanitario e della dirigenza e che lo strumento utilizzato è una scheda per la rilevazione del fabbisogno formativo o per la richiesta di attività formative.

**Keywords.** Analisi dei fabbisogni formativi, educazione continua in medicina.

### Reference

- Continisio, A., Pisacane, I. (2007), Come fare educazione continua in medicina. Dalla individuazione dei fabbisogni formativi alla valutazione degli eventi formativi. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Scharf, G. (1979), Procedimenti per la identificazione dei bisogni nel campo della formazione permanente del medico. Giornale italiano per la formazione permanente del medico FPM, Vol. VII n.4 Ottobre/Dicembre, p.188-194.
- Zannini, L. (2015), Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni. Lecce: Pensa MultiMedia.

# Valutazione d'impatto di un corso blended sull'approccio motivazionale per i medici di medicina generale in formazione della regione Emilia Romagna

*Valentina Cappi<sup>1</sup>, Giovanna Artioli<sup>2</sup>, Erika Ninfa<sup>3</sup>, Silvia Ferrari<sup>4</sup>, Maria Cristina Guarnieri<sup>5</sup>, Leopoldo Sarli<sup>6</sup>,*

<sup>1</sup>Università di Bologna

<sup>2</sup>Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

<sup>3</sup>AOU Parma

<sup>4</sup>AO Carlo Poma, Mantova

<sup>5</sup>Asp Reggio Città delle Persone

<sup>6</sup>Università di Parma

**Obiettivo.** Obiettivo di questo abstract è presentare una ricerca in corso. La ricerca ha per oggetto la valutazione d'impatto di un corso di formazione in modalità blended, destinato agli studenti del corso di formazione specifica in medicina generale dell'Emilia Romagna, volto ad agevolare l'operatore sanitario nella relazione con l'utente attraverso l'acquisizione di competenze sul colloquio motivazionale.

**Metodi.** Lo ricerca è stata impostata come uno studio di caso a fini valutativi. Con riferimento al modello di valutazione elaborato da Kirkpatrick, oggetto dell'analisi sarà l'acquisizione (o meno) delle competenze relazionali (Open Question, Affirming, Reflecting, Summarizing) utili a condurre un colloquio motivazionale, individuate da Miller e Rollnick. Saranno utilizzate tre diverse metodologie di raccolta dei dati:

- l'osservazione diretta della formazione in aula e l'osservazione partecipante del modulo FAD previsto all'interno del corso;
- l'intervista semi-strutturata ai formatori per comprendere le modalità di progettazione del corso, gli obiettivi prefissati e gli strumenti adottati per condurre la formazione;
- il focus group con gli studenti del corso per valutare come essi hanno percepito



l'esperienza formativa e come ritengono che questa formazione si sia inserita all'interno del loro percorso formativo, rilevandone punti di forza e criticità.

Come suggerisce Yin, per l'analisi delle evidenze sarà realizzata una triangolazione delle fonti e dei punti di vista dei soggetti coinvolti nello studio di caso (i medici di medicina generale in formazione, i formatori, i partecipanti al gruppo di ricerca in qualità di osservatori).

**Risultati.** La ricerca permetterà di valutare se il modulo di formazione oggetto dello studio raggiunge gli obiettivi dichiarati e se lo fa in modo adeguato, discutendo anche – in accordo con i principi di formazione dell'adulto - quanto, da parte dei discenti, sia percepita l'esigenza di formarsi in questo ambito e se e quanto la modalità blended risulti migliorativa rispetto alla sola modalità faccia a faccia.

**Conclusioni.** Questo studio potrà costituire un contributo al dibattito sull'efficacia della formazione blended per i professionisti della salute, in un'epoca in cui il moltiplicarsi dei provider e degli interventi formativi richiede che essi diano prova della propria efficacia. Inoltre, lo studio potrebbe essere utile all'ente provider della formazione per rimodulare il corso e agli studenti partecipanti per rielaborare l'esperienza formativa vissuta. Infine, fruitori di questa valutazione saranno anche i pianificatori del percorso, gli amministratori responsabili e i destinatari ultimi, ma non come importanza, della formazione dei professionisti della salute, ovvero i cittadini.

# La formazione all'approccio motivazionale come tempo e strumento di riflessione sulla pratica professionale: il caso dei medici di medicina generale in formazione dell'Emilia-Romagna.

*Valentina Cappi<sup>1</sup>.*

*<sup>1</sup>Università di Bologna, valentina.cappi3@unibo.it.*

**Obiettivo.** L'obiettivo di questo abstract è presentare i risultati di una ricerca qualitativa condotta tra il 2016 e il 2017 in Emilia-Romagna, indirizzata a valutare l'impatto formativo di un modulo sperimentale di formazione proposto agli studenti del corso di formazione specifica in medicina generale di una delle sedi didattiche della regione. La formazione, considerata come caso di studio, aveva lo scopo di formare i medici all'approccio motivazionale, insegnando loro a riconoscere, accompagnare e sostenere la motivazione al cambiamento di stili di vita a rischio dei propri assistiti.

**Metodi.** Lo studio è stato condotto attraverso le metodologie dell'osservazione partecipante e dell'intervista semi-strutturata. L'osservazione è stata svolta in occasione di tutte le quattro giornate di formazione previste presso la sede dell'ente provider della formazione; l'intervista semi-strutturata è stata somministrata, a intervento concluso, a un campione di medici partecipanti alla formazione, ai conduttori della formazione e ai responsabili locali e regionali della proposta formativa.

**Risultati.** Lo studio ha permesso di valutare la capacità del modulo sperimentale di formazione di offrire ai medici strumenti e stimolare competenze per promuovere un più efficace coinvolgimento dei propri assistiti nella definizione di obiettivi di salute co-costruiti

e per accompagnarli in un percorso di cambiamento di stili di vita tanto in ambito preventivo che di cura. Considerando la situazione di grande difficoltà nella gestione del rapporto medico/paziente, fatta di frustrazione, rabbia e demotivazione, emersa durante il primo incontro di formazione, e i resoconti forniti ex-post dai medici in formazione intervistati, si può ipotizzare l'utilità della formazione all'approccio motivazionale al cambiamento per il medico di medicina generale non solo nell'ambito degli stili di vita, ma anche come strumento di facilitazione della relazione fra professionista e persona assistita e pratica di *self-efficacy* per lo stesso professionista. L'apprendimento dell'approccio motivazionale ha richiesto infatti la messa in gioco di alcune competenze trasversali che, in sede di formazione, i medici si sono trovati a dover sviluppare attraverso la metodologia del gioco di ruolo. Ciò ha rivelato come la formazione all'approccio motivazionale abbia costituito un importante momento di riflessione, da parte dei medici in formazione, sulla propria pratica professionale, relativamente alle modalità di comunicazione che essi mettono in atto con i propri pazienti e alle tempistiche con cui lo fanno.

**Conclusioni.** La formazione all'approccio motivazionale si è rivelata utile all'apprendimento di tecniche di facilitazione della relazione fra professionista e persona assistita e si è al contempo tradotta in una importante pratica di auto-efficacia per gli stessi medici in formazione, che avevano preliminarmente dichiarato di non sentirsi sufficientemente *self-confident* nel riuscire a coinvolgere gli assistiti sul terreno degli stili di vita. Si hanno ragioni per sostenere che l'approccio motivazionale, se condiviso come metodo dalla rete dei professionisti che lo praticano o che si stanno formando per poterlo praticare, possa inoltre costituire un fattore di *empowerment* individuale e di comunità.

**Parole chiave:** Formazione; Approccio motivazionale; Medicina generale.

# La riflessione lenta e pensosa nel rapporto medico paziente: il ruolo dell'empatia

Massimo Casacchia<sup>1</sup>, Leila Fabiani<sup>2</sup>, Alessandro Appetit<sup>3</sup>, Laura Giusti<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Professore emerito di psichiatria* Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - massimo.casacchia @cc.univaq.it

<sup>2</sup> *Professore ordinario Presidente del Corso di Studio di Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Presidente Scuola di Specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [lila.fabiani@univaq.it](mailto:lila.fabiani@univaq.it)*

<sup>3</sup> *Medico specializzando in Igiene e medicina preventiva Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente --- Università degli Studi dell'Aquila - [alessandroappetiti@gmail.com](mailto:alessandroappetiti@gmail.com)*

<sup>4</sup> *Assegnista di ricerca Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi dell'Aquila - [laura.giusti@univaq.it](mailto:laura.giusti@univaq.it)*

**Obiettivo:** Il coinvolgimento empatico nella cura del paziente è un elemento centrale per una relazione costruttiva e collaborativa fra il medico e il paziente. Un buon rapporto medico-paziente sembrerebbe, inoltre, essere favorito da uno stile dialogico e riflessivo basato sull'interazione con il paziente e sulla comprensione delle sue vicende umane (Kaplan et al., 1996, Kaplan & Frosch 2005). Tale stile riflessivo prevede il coinvolgimento del paziente nella pianificazione dei programmi terapeutici, evitando di mettere in atto decisioni affrettate, saltando rapidamente alle conclusioni. La letteratura definisce questo particolare errore di ragionamento "Jumping to Conclusions (JTC)", tendenza a prendere decisioni inaccurate, basate su informazioni insufficienti (Moritz & Woodward 2007; Moritz et al., 2010). Alcuni studi hanno dimostrato che nella vita quotidiana, come nella pratica clinica, saltare troppo frettolosamente alle conclusioni possa essere favorito da uno stato ansioso, da condizioni di particolare stress lavorativo (Lincoln et al., 2010, Giusti et al., 2017). Lo studio si proponeva di valutare la relazione tra presenza di sintomi ansiosi, livelli di empatia e tendenza al "jumping to conclusions" in un campione di medici di famiglia con diverse specializzazioni mediche ipotizzando che operatori con ansia di stato e di

tratto e con basso livello di empatia tendano a saltare alle conclusioni diagnostiche-terapeutiche, senza instaurare rapporto un autentico con il paziente.

**Metodo:** 25 medici di famiglia (MMG) hanno partecipato allo studio. Del campione è stata valutata la sintomatologia ansiosa attraverso la State and Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1 and STAI-Y2 (Spielberger et al., 1983), il livello di empatia attraverso la Jefferson Scale of Physician Empathy, nella sua versione per operatori (JSPE, Hojat et al., 2001), la tendenza al bias cognitivo del “Jumping to conclusions” attraverso il Fish task ( Moritz & Woodward, 2005). In quest’ultimo i soggetti sono invitati a prendere una decisione sulla base di un certo numero di stimoli presentati: minore è il numero di stimoli in seguito ai quali si fornisce la risposta, maggiore sarà la tendenza a prendere decisioni affrettate.

**Risultati:** il campione valutato ha mostrato una lieve sintomatologia ansiosa sia in relazione all’ansia di stato (STAY Y1) che in relazione all’ansia di tratto (STAI Y2) con punteggi medi di 45 (DS=9) e di 52 (DS=12), rispettivamente, ed un livello moderato di empatia con punteggi medi alla scala JSPE di 102 (ds=20). Le analisi di correlazione hanno mostrato come ad un maggiore livello di empatia, misurato dalla scala JSPE, corrisponda una minore tendenza a prendere decisione affrettate ( $r=0,629$ ;  $p=0,002$ ).

**Conclusioni** I risultati del nostro studio confermano la nostra ipotesi, secondo cui uno scarso livello di empatia, favorito da una condizione di stress lavorativo, non favorisca processi decisionali condivisi. I dati suggeriscono che è importante promuovere abilità empatiche durante il percorso formativo dello studente universitario, perché considerati ingredienti utili per curare in modo riflessivo e collaborativo.

Parole chiave: empatia, stile riflessivo, saltare alle conclusioni

### Bibliografia

- Kaplan,SH, Greenfield, S, Gandek, B, Rogers, WH,. Ware, JE. Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles. *Ann Intern Med.* 1996;124(5):497-504.
- Lincoln, T.M., et al., The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophr Bull*, 2010. 36(6): p. 1140-8.
- Giusti L, Ussorio D, Salza A, Malavolta M, Aggio A, Bianchini V, Casacchia M, Roncone R. Preliminary study of effects on paranoia ideation and jumping to conclusions in the context of group treatment of anxiety disorders in young people. *Early Interv Psychiatry.* 2017 Jan 26.