

---

## LA FORMAZIONE IN SIMULAZIONE -

*“Raccomandazioni per una buona pratica”*

---



©Copyright 2020 Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)  
00184 Roma – Via Agostino Depretis, 70  
Tel. 06/46200101 – Fax 06/46200131  
[www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli autori e FNOPI declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relative alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegata

Gli autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e dalle notizie ivi contenuti.  
FNOPI non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Impaginazione e editing: Ufficio comunicazione e redazione.

Roma, Luglio 2020

ISBN: 978-88-945199-3-8

***“Tu puoi scegliere sempre. Imparare senza pensare è fatica perduta;  
pensare senza imparare è pericoloso.”***  
(Confucio)

*Gruppo di Lavoro FNOPI “Formazione in Simulazione”*

**Catia Anelli<sup>1</sup>, Nicola Draoli<sup>2</sup>, Antonio Iadeluca<sup>3</sup>, Rosaria Lea<sup>4</sup>, Gavina Porcu<sup>5</sup>, Palmiro Riganelli<sup>6</sup>**

*<sup>1</sup>Presidente OPI Lucca*

*<sup>2</sup>Consigliere Comitato Centrale FNOPI e Presidente OPI Grosseto*

*<sup>3</sup>Formatore e Consulente, Direttore di To Care Lab.*

*<sup>4</sup>Tutor della Didattica Professionale, Corso di Laurea in Infermieristica Dipartimento di Medicina  
Traslazionale, Università degli Studi del Piemonte Orientale Azienda Ospedaliero Universitaria  
"Maggiore della Carità", Novara*

*<sup>5</sup>Responsabile Scientifico Centro di simulazione Simannu (NU) Esperto in rischio clinico*

*<sup>6</sup>Presidente OPI Perugia Responsabile PO Centro di Formazione in Simulazione Emergenza  
Urgenza- Marsciano (PG)*

## Indice

### **Parte I – Premessa di contesto e metodologica ..... 5**

---

Premessa	6
La formazione in simulazione	7
Gli obiettivi della formazione in simulazione	8
La formazione in simulazione e l'apprendimento dell'adulto	10
La formazione in simulazione per la professione infermieristica	11

### **Parte II – La formazione in simulazione come strategia per migliorare la qualità dell'apprendimento.....18**

---

La metodologia della formazione in simulazione	19
La seduta di simulazione	22
Focus: il debriefing	22
Gli istruttori per la formazione in simulazione	26
Le aree/percorsi di interesse infermieristico in cui sviluppare la simulazione	27
La ricerca applicata alla formazione in simulazione	27
La simulazione basata sui manichini	28
La simulazione basata su strumenti informatici	30
Il paziente simulato	31
La comunicazione e la relazione infermiere assistito	32
Simulazione e rischio clinico	34
Conclusioni	35

### **Parte III – Le fonti bibliografiche .....36**

---

Bibliografia	37
--------------	----

---

## Parte I

### Premessa di contesto e metodologica

---



## Premessa

La formazione in simulazione, all'interno dei processi formativi, rappresenta una metodologia che si pone l'obiettivo primario di migliorare la qualità e, soprattutto, l'efficacia dell'attività clinico assistenziale. Questa, attraverso lo sviluppo delle competenze professionali, cerca di garantire l'eccellenza delle cure e dell'assistenza elementi fondanti della Clinical Governance.

La simulazione non è una tecnologia: è una metodologia didattica. È utile per insegnare le competenze cliniche, ma anche per il lavoro di team e per la comunicazione. Può essere utilizzata per standardizzare il training, soddisfare le linee guida basate sulle prove e raggiungere obiettivi specifici.

C'è un cambio di mentalità: da cosa consente di fare la simulazione a come è possibile utilizzarla al meglio per migliorare la cura della persona.

La ricchezza di letteratura a sostegno degli aspetti positivi della simulazione in campo sanitario è in continua crescita. Tuttavia la sua disponibilità per tutto il personale sanitario rimane ancora frammentaria e dipendente dalla sensibilità e dalla lungimiranza delle diverse istituzioni formative. Nonostante questo, i progressi nella simulazione per la formazione del personale sanitario continuano a crescere – anche se a livelli e con velocità diverse – all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Oggi è sempre più evidente la necessità di stabilire dove e come applicare al meglio la metodologia della formazione in simulazione in modo sempre più integrato anche per sostenere i professionisti sanitari e non nello sviluppo delle proprie competenze al fine di ottenere i migliori risultati per le persone assistite.

Altri sistemi complessi, al pari di quello sanitario, hanno già incorporato sistematicamente la simulazione nei propri processi formativi, anche se nessun settore risulta uguale all'altro.

La pratica clinica ed assistenziale si caratterizzano per la loro sempre maggiore imprevedibilità ed incertezza e pongono nuove ed importanti sfide anche al personale con maggiore esperienza. Pertanto, diventa fondamentale considerare la metodologia della formazione in simulazione come una delle migliori strategie per mantenere, aggiornare e sviluppare le

competenze dei professionisti sanitari e affrontare le responsabilità relative alla pratica professionale.

All'estero sono numerose le istituzioni che già richiedono la documentazione dell'addestramento simulato, la simulazione nel campo infermieristico è già diventata parte del curriculum formativo e alcuni centri di simulazione vengono gestiti da personale infermieristico (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning).

## La formazione in simulazione

Il termine formazione in simulazione in ambito sanitario rappresenta un complesso di attività che comprendono non solo l'utilizzo di task trainers, manichini di diversa complessità, pazienti e ambienti virtuali, ma anche pazienti simulati, interpretati da persone fisiche opportunamente addestrate a recitare un ruolo ben definito.

Lo scopo principale è quello di riprodurre situazioni e ambienti di cura fortemente realistici, per insegnare procedure diagnostiche e terapeutiche, ripetere processi e concetti medici, assumere decisioni da parte di un professionista della sanità o di un team di professionisti.

La simulazione:

- ✓ È una **rappresentazione interattiva della realtà** basata sulla costruzione di un modello, che fa parte di un sistema di cui si vuole comprendere il funzionamento (Landriscina, 2009);
- ✓ È un **metodo educativo** basato sulla riproduzione virtuale di situazioni reali o la realizzazione di situazioni potenzialmente tali;
- ✓ Viene considerata uno **strumento pedagogico** in grado di affrontare nella sua globalità tutti i campi dell'insegnamento in sanità, compreso quello dell'economia sanitaria;
- ✓ Si riferisce alla **rappresentazione artificiale e/o all'amplificazione dei comportamenti o delle caratteristiche di un sistema semplice o complesso**;
- ✓ Serve a garantire maggiore **sicurezza** nelle attività sanitarie che comportano un livello variabile ma, spesso, ad elevato di rischio di errore.

Il suo impiego risale all'inizio del '900, in aviazione, con l'invenzione dei primi simulatori di volo in risposta alla necessità di misurarsi con potenziali situazioni di emergenza del mondo reale, altrimenti non sperimentabili in condizioni di assenza di rischio.

Negli anni '80, di seguito all'intuizione di un anestesista-pilota americano, David Gaba, la simulazione, quale modalità di apprendimento, è stata testata ed introdotta in ambito sanitario.

## Gli obiettivi della formazione in simulazione

Gli **obiettivi principali della formazione in** simulazione in ambito sanitario sono la “sicurezza” delle persone e la **definizione di uno standard qualitativo assistenziale** dominato dalla “cultura della sicurezza”.

Le strategie per raggiungere al meglio questi obiettivi sono il miglioramento delle abilità operative tecniche (*technical skill*) e delle capacità comunicativo-relazionali, la consapevolezza della situazione, la capacità di *leadership* e *team work* degli operatori sanitari (*non- technical skill* e *human factor*).

L'ambiente di simulazione garantisce un **apprendimento etico**, “*mai la prima volta sul paziente*” e maggiore sicurezza anche a chi si sta formando. Un eventuale errore in un contesto “controllato” non porta a conseguenze gravi, ma fornisce al discente l'opportunità di riflettere ed apprendere dal proprio operato.

La fedele riproduzione simulata di situazioni cliniche complesse e della gestione delle stesse in dinamiche di team rappresenta un contesto educativo ideale con l'obiettivo di ridurre in misura ottimale gli errori cognitivi attribuibili al fattore umano.

Il fattore umano rappresenta l'elemento chiave in cui si manifestano:

- ✓ L'attitudine personale al trasferimento delle conoscenze in contesti critici e/o di emergenza;
- ✓ Il comportamento personale e professionale nell'interazione con il gruppo;
- ✓ Le capacità comunicative individuali;
- ✓ La capacità di gestione di situazioni caratterizzate da elevati livelli di fatica e di stress emotivo.

Gli **obiettivi formativi** della simulazione sono:

- ✓ Lo sviluppo delle competenze relative alla valutazione della persona assistita attraverso l'esercizio programmato e ripetuto della simulazione di casi e scenari. Questa modalità



consente di proporre situazioni ripetibili per un indefinito numero di volte con la possibilità di controllo da parte dei formatori.

- ✓ Il consolidamento delle conoscenze teoriche;
- ✓ La verifica standardizzata delle osservazioni e dell'apprendimento attraverso il coinvolgimento nel *role-playing*;
- ✓ L'educazione all'approccio alla persona assistita attraverso l'utilizzo di tecniche come il *role-playing*;
- ✓ Gestione delle dinamiche di gruppo e dei processi decisionali relativi ai diversi percorsi diagnostico- terapeutici - assistenziali (PDTA);
- ✓ La sperimentazione di dinamiche di gruppo e di *teamworking*.
- ✓ L'uso dei programmi di simulazione consente anche verificare i risultati ottenuti attraverso la revisione delle scelte clinico - assistenziali effettuate, anche alla luce delle raccomandazioni contenute nelle linee-guida derivate da evidenze scientifiche;
- ✓ La possibilità di confronto diretto tra i partecipanti e rinforzo delle conoscenze, attraverso la discussione guidata dei casi simulati (*debriefing*);
- ✓ Un apprendimento interattivo basato sull'esperienza e non solo sulla lettura e ripetizione;
- ✓ Lo sviluppo del grado di confidenza e familiarità del professionista rispetto al problema clinico assistenziale attraverso la rappresentazione simulata ad alta fedeltà del paziente. Tale sviluppo è possibile attraverso l'impiego del paziente simulato, grazie alla ripetizione indefinita dell'esposizione alle varie situazioni cliniche;
- ✓ Lo sviluppo di competenze concrete e misurabili, attraverso un procedimento graduale, a spirale, di apprendimento che parte dalla conoscenza teorica per arrivare alla competenza professionale specifica per ciascun professionista;
- ✓ Il coinvolgimento attivo e partecipazione esperienziale, che contribuiscono a far sedimentare i concetti proposti e renderne l'effetto duraturo nel tempo.

E' proprio per questo ultimo punto, che oltre alle importantissime palestre di addestramento, costituite dall'ambiente di apprendimento clinico-assistenziale, l'anello forte di questa catena formativa è rappresentato dal *debriefing* strutturato.

Il *debriefing* indirizza verso la capacità di acquisire consapevolezza del proprio operato, con l'obiettivo di sviluppare il lavoro in team, la comunicazione, la consapevolezza ambientale, la gestione dello stress e della fatica.

Inoltre, favorisce l'acquisizione di abilità non tecniche che normalmente non fanno parte del curriculum formativo dei professionisti della salute ma che sono sempre più richieste al professionista.

## **La formazione in simulazione e l'apprendimento dell'adulto**

Per garantire una buona qualità della formazione e per facilitare l'apprendimento dell'adulto, occorre avere sempre ben chiari i principi fondamentali dell'apprendimento di quest'ultimo. Pertanto, occorre tenere conto dei seguenti assunti:

1. Gli adulti imparano meglio e di più quello che fanno piuttosto che quello che gli viene detto;
2. L'applicazione di quanto appreso deve essere immediata e non differita nel tempo;
3. L'adulto si sente responsabile della gestione del proprio apprendimento, di indirizzarlo verso determinati obiettivi, di controllarne i risultati;
4. Il Focus dell'apprendimento sono i problemi;
5. Gli adulti apprendono meglio se possono partire da ciò che già conoscono;
6. Gli obiettivi sono discussi e concordati e non imposti;
7. Il livello di apprendimento risulta migliore in un ambiente informale e collaborativo in cui suggerimenti e feedback sono scambiati liberamente e apertamente;
8. La valutazione viene fatta da colui che apprende e non dal docente;
9. L'istruttore è un facilitatore che crea le condizioni più favorevoli all'apprendimento, spesso un collega che condivide la propria esperienza professionale;
10. Ogni partecipante alle attività formative è una risorsa in termini di esperienza e di conoscenza.

## La formazione in simulazione per la professione infermieristica

### *...Nella formazione di base*

L'approccio didattico per gli studenti in Infermieristica basato sul modello dell'apprendistato è stato per molto tempo il metodo tradizionale per la formazione dei professionisti nel settore sanitario a livello universitario. Questo processo è stato ironicamente soprannominato “*see one, do one, teach one*” (Guarda, esegui, insegna). La formazione basata su questo approccio didattico è focalizzata sulle conoscenze. Trasforma questa conoscenza in una esperienza vissuta all'interno di un ambiente progettato per riprodurre e imitare processi assistenziali ed esperienze reali in cui gli infermieri possono perfezionare le loro competenze tecniche e non tecniche, sia individuali che di team, senza nessun rischio.

Obiettivo principale della formazione del professionista infermiere di oggi è la costruzione di competenze non solo di natura tecnica ma anche di tipo cognitivo e relazionale necessarie nell'ambito specifico dell'assistenza generale infermieristica.

*“Il professionista infermiere è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica, che si caratterizza come attività di natura tecnica, relazionale ed educativa, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico omissis...”*

*L'infermiere svolge la propria attività professionale in forma autonoma e multidisciplinare in ambiti preventivi, curativi, palliativi e riabilitativi in strutture sanitarie pubbliche o private e, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale”* (D.M. n. 739/94).

L'attività professionale dell'infermiere è caratterizzata da un impegno morale, “*posizione di garanzia*” nei confronti della persona assistita, talora espresso in misura ancora più tangibile rispetto ad altre professioni sanitarie.

La formazione deve garantire un'adeguata preparazione per professionisti competenti, in grado di assumersi sempre più la piena responsabilità sui risultati dei servizi erogati, di prendere decisioni appropriate e diversificate, personalizzando l'assistenza infermieristica sulla base dei specifici bisogni di salute della persona assistita.

L'obiettivo principale dell'assistenza generale infermieristica è infatti la persona assistita con i suoi problemi di salute ed il contesto in cui questi bisogni si manifestano. Gli infermieri, sono chiamati ad impegnarsi per migliorare la qualità dell'assistenza, a migliorare i risultati dei processi che governano riducendo al massimo la possibilità di errori.

L'assistenza infermieristica è un processo ad alta complessità, con numerose variabili che impongono nuove sfide professionali per garantire efficacia, sicurezza, presa in carico e continuità delle cure.

All'interno dell'equipe multidisciplinare e nello svolgimento delle attività di specifica competenza, il professionista infermiere, è chiamato ad assumere decisioni importanti con elevati livelli di responsabilità anche rispetto alla collaborazione con altri professionisti coinvolti nel processo clinico – assistenziale.

*In quest'ottica **l'introduzione e lo sviluppo della simulazione nella formazione e crescita professionale degli infermieri italiani può portare ad un miglioramento della qualità dell'assistenza.***

La sempre maggiore attenzione alla sicurezza delle cure fornite ha dimostrato che una significativa percentuale degli errori in ambito sanitario sono riconducibili ad errori umani.

Le diverse realtà del sistema socio-sanitario, ospedali, strutture residenziali e servizi e del territorio in generale, diventano ogni giorno contesti sempre più complessi, con livelli di rischio sempre maggiori che impattano in maniera importante sui professionisti e sulla qualità dell'assistenza alle persone.

In seguito a questa aumentata consapevolezza, risulta sempre più inappropriato, oltre che eticamente inaccettabile, il modello utilizzato, ancora troppo spesso da parte dei professionisti, di effettuare procedure e gestire situazioni assistenziali per la prima volta direttamente sull'assistito. In questo senso la formazione in simulazione viene considerata una strategia per evitare queste situazioni, per rendere le organizzazioni più sicure ed affidabili, con una notevole riduzione dei livelli di rischio professionale.

Il corso di Laurea in Infermieristica permette allo studente di acquisire conoscenze e competenze che garantiscono padronanza di contenuti scientifici e di metodologie specifiche per la presa in carico, l'assistenza, la cura e la riabilitazione della persona.

La Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche consente altresì al professionista infermiere una formazione di livello avanzato e specialistico per il governo di processi ad elevata complessità sia di tipo assistenziale, sia di tipo organizzativo-gestionale.

L'inserimento e l'integrazione della simulazione nei programmi di formazione infermieristica di base e post base rappresenta una necessità e un'opportunità per migliorare il training individuale. Consente di sviluppare le migliori competenze per il governo di processi assistenziali sempre più complessi anche attraverso l'esercizio ripetuto in condizioni di assoluta sicurezza per i professionisti e per le persone assistite.

La simulazione di situazioni/scenari, semplici o complessi, consente, inoltre, di creare le dinamiche di integrazione multiprofessionali e del lavoro in Team attraverso la condivisione, la distribuzione dei ruoli, lo svolgimento di attività assistenziali nel rispetto delle specifiche competenze professionali, compreso l'esercizio della leadership ed il corretto passaggio delle informazioni (Handover), es. Metodo SBAR.

Sulla base dei risultati di uno studio – che ha visto coinvolte 17 università Britanniche e un totale di 6.631 studenti – il Nursing Midwifer Council (NMC) ha invitato i responsabili della formazione infermieristica ad incrementare le ore dedicate di attività pratiche per offrire formazione in un contesto pratico simulato a sostegno dell'assistenza diretta nei diversi “setting” clinico- assistenziali reali.

La quantità di dati disponibili, tra l'altro in continua crescita, è considerata sufficientemente significativa per dimostrare i benefici della simulazione nonostante ci sia ancora una notevole necessità di sviluppare ulteriori progetti di ricerca in questo settore.

In generale, si riscontra un ampio e significativo consenso sul riconoscimento dei numerosi vantaggi della simulazione a tutti i livelli e questo giustifica la sua crescente, anche se ancora limitata, diffusione nelle attività formative anche del personale sanitario.

Nello specifico, i principali vantaggi della simulazione potrebbero essere:

- Migliore apprendimento di manovre invasive e non, attraverso l'esercizio simulato e l'utilizzo ripetuto di task-trainer in condizioni di assenza di rischi per la persona.

Il vero punto di forza dell'utilizzo del "simulare" è rappresentato dall'opportunità di "esercitarsi" e fare pratica, in maniera ripetuta, migliorando le proprie capacità sia tecniche che relazionali. In questo modo il "ripetere" garantisce l'opportunità di sviluppare sicurezza nell'esecuzione della manovra mentre il *debriefing* offre l'opportunità di rivedere e correggere eventuali errori, migliorando le performance del singolo e del team attraverso l'acquisizione delle competenze necessarie per migliorare l'assistenza alla persona;

- Perfezionamento delle dinamiche di "team working", anche attraverso un'appropriata definizione dei ruoli, distribuzione dei carichi di lavoro ed esercizio della leadership.

In questo senso la simulazione diventa anche un ottimo sistema per valutare meglio, rispetto ad altre metodologie didattiche, il contributo del singolo all'interno di un gruppo.

- Riduzione del livello degli errori;
- Sviluppo della cultura della sicurezza del paziente.

Il nostro contesto socio sanitario, caratterizzato da elevata complessità e mutevolezza, pone ogni giorno nuove sfide a tutto il personale, anche a quello più esperto. I numerosi aspetti positivi della simulazione suggeriscono di considerare la metodologia della simulazione come uno strumento strategico per l'aggiornamento e lo sviluppo delle migliori competenze dei professionisti.

### **...Nella formazione continua**

Il professionista sanitario ha il diritto – dovere di curare la propria formazione continua per mantenere, aggiornare e sviluppare le proprie competenze professionali nell'interesse della salute individuale e collettiva.

La formazione continua del professionista infermiere rappresenta l'espressione più alta del valore fondamentale della tutela della salute del cittadino. Ai sensi dell'art. 16-quater del D.Lgs n. 502/1992, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività professionale, in qualità di dipendente o di libero professionista.

Le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi, tecnico professionali, di processo e di sistema così come previsti nel programma nazionale di educazione continua in Medicina ECM. La formazione continua e l'aggiornamento professionale infermieristico si realizzano attraverso la partecipazione ad attività formative appropriate ai bisogni formativi e coerenti con la necessità di aggiornamento e sviluppo delle competenze del singolo e del gruppo.

Il miglioramento degli esiti dell'apprendimento derivato dalla simulazione consente di costruire, sviluppare e consolidare una cultura professionale necessaria per offrire risposte efficaci e sicure ai bisogni di assistenza sempre più complessi delle persone.

Anche il nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, approvato dal Consiglio Nazionale della FNOPI il 13 Aprile 2019 , all'art. 10 – *Conoscenza , formazione e aggiornamento* – ribadisce l'importanza della formazione e dell'aggiornamento continuo e stabilisce che *“L’Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull’esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina”*.

### **...Nella formazione post Laurea**

Dopo diversi anni di lavori l'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ha concluso le attività avviate per l'individuazione dei Master universitari specialistici per le 22 professioni sanitarie completando così l'applicazione della Legge n. 43 del 2006.

Tale norma prevedeva una Laurea in Infermieristica triennale, seguita da due tipologie di Master di primo livello, uno in ambito organizzativo, Management per le funzioni di

coordinamento e altri per lo sviluppo di competenze e funzioni specialistiche in ambito clinico/assistenziale.

Oggi le tipologie di Master individuate sono tre:

### **1. *Master trasversali***

Sono rivolti a tutte o parte delle professioni con contenuti prevalentemente organizzativo-gestionali, didattici e di ricerca. Per questi Master il percorso didattico può essere unico, per i professionisti, ma con CFU dedicati per l'applicazione alla specifica area professionale;

### **2. *Master interprofessionali***

Sono rivolti a due o più professioni su tematiche cliniche a forte integrazione interprofessionale.

Il piano didattico deve prevedere, oltre a CFU comuni tra le professioni, anche CFU dedicati all'approfondimento di aspetti e competenze specifici per ciascuna professione a cui è aperto il master;

### **3. *Master specialistici di ciascuna professione***

Rappresentano lo sviluppo di competenze specialistiche di ogni professione. Tra questi, sono da distinguere i Master che abbiano una "*certezza di spendibilità operativa*" ai fini dell'art. 16 comma 7 del CCNL, dai Master che una professione può proporre perché ritiene che in quell'ambito sia opportuno certificare delle competenze avanzate (ad esempio nella libera professione).

La proposta di Master si colloca all'interno dell'intera filiera della formazione delle professioni sanitarie (laurea triennale, Master di primo livello, Laurea magistrale, Master di secondo livello, Dottorato di Ricerca), e deve tener conto della progressione delle conoscenze e competenze da raggiungere ai diversi livelli formativi. Tale formazione deve trovare una risposta differenziata tra lauree magistrali e Master di primo livello.

Attraverso questi percorsi formativi i professionisti sanitari hanno l'opportunità di acquisire quelle competenze specialistiche richieste dal mondo del lavoro.



Per l'avvio di questa tipologia di formazione si deve far riferimento alla procedura di istituzione e di attivazione da parte degli organismi preposti del Ministero della Salute e del MIUR, fra cui il CUN, sia per la definizione degli ordinamenti didattici che per la valutazione dei fabbisogni formativi. Ciò, anche tramite le Regioni, in analogia ai Corsi di Laurea triennale e di Laurea Magistrale. Anche in questi percorsi formativi sarà importante e necessario prevedere, sempre più, programmi di apprendimento basati sulla metodologia della simulazione.

---

## Parte II

# La formazione in simulazione, come strategia per migliorare la qualità dell'apprendimento

---



## La metodologia della formazione in simulazione

Per avviare un programma di simulazione di alta qualità occorre conoscere i principali criteri metodologici e definire standard procedurali ed organizzativi. L'impianto metodologico della simulazione prevede tre fasi:

### Prima fase – Analisi e pianificazione

Prima di iniziare un programma di simulazione è necessario effettuare una dettagliata analisi dei percorsi, dei processi e delle procedure per identificare:

- ✓ **I bisogni formativi generali e specifici dei partecipanti;**
- ✓ **Le diverse situazioni semplici/ complesse, frequenti/ infrequenti, a basso/ alto rischio** insite nei percorsi clinico assistenziali oggetto della simulazione.

La fase di analisi e pianificazione prende in considerazione le "*technical skills*" e anche le "*non-technical skills*" in relazione al livello di preparazione dei partecipanti e agli obiettivi formativi prefissati:

- **Procedure semplici** (es. cateterismo venoso periferico, inserimento di un sondino nasogastrico, cateterismo vescicale ecc.);
- **Procedure complesse** (es. Rianimazione cardio polmonare ecc.);
- **Gestione dei casi clinici** (performance individuale e di team secondo i principi del *Crisis Resource Management*);
- **Processi di comunicazione a diverso grado di complessità** (es. *trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team ad un altro, dagli operatori agli assistiti e alla famiglia (Handover)*);
- **Servizi e Sistemi** (Gestione del Rischio Clinico).

La simulazione in ambito socio sanitario, inizialmente, è stata utilizzata, prevalentemente, per la formazione nel campo dell'emergenza urgenza in particolare per lo sviluppo delle *technical*

*skills* mentre solo più recentemente è stata introdotta per l'analisi e l'insegnamento dei principi di *Crisis Resource Management* (CRM).

I principi del CRM, Come mutuato dall'esperienza aeronautica, sono finalizzati a sviluppare specifiche competenze quali:

- Leadership;
- Supportività;
- Consapevolezza situazionale;
- Comunicazione;
- Condivisione;
- Fiducia nel *team*;
- Coesione nel *team*;
- Gestione dei conflitti;
- Definizione dei ruoli;
- Utilizzo delle informazioni;
- Ottimizzazione delle risorse;
- Distribuzione dell'attenzione;
- Gestione dei carichi di lavoro;
- Conoscenza dell'ambiente;
- Attivazione e Pianificazione;
- *Decision making*;
- Assertività rispetto al compito.

## Seconda fase. Preparazione

Prima di avviare un programma di simulazione occorre definire in maniera quanto più chiara, precisa e puntuale quali sono gli **obiettivi formativi** (educazione, valutazione o la loro diversa combinazione a vari livelli).

Le domande a cui, necessariamente, si deve rispondere sono:

- Qual è l'obiettivo della simulazione (educazione, valutazione, ricerca ecc.)?
- Cosa stiamo cercando di simulare (Fase di Analisi e Pianificazione)?
- Chi sono i destinatari? (singoli, *teams* ecc.) quali ambiti socio-sanitari, quali professionalità (es. infermieri, medici, ecc.) con quale Livello di esperienza?

- Chi sono gli istruttori/facilitatori? (definizione del curriculum), con quale livello di esperienza?
- Come simulare? Quale fedeltà (procedure/dispositivi semplici e complessi, *skills trainer*, simulatori a bassa, media ed alta fedeltà, realtà virtuale, realtà aumentata, micro-simulazione, *videogames*). Quale fedeltà ambientale, dell'equipaggiamento, psicologica... (grado di fedeltà "percepito" dai partecipanti).

Il livello di fedeltà dovrà essere quanto più possibile modulabile.

Partecipanti più esperti traggono il massimo vantaggio da scenari complessi ad alta fedeltà mentre quelli meno esperti apprendono meglio laddove vi è una bassa fedeltà.

- **Dove simulare?** (c/o centri di simulazione adeguatamente organizzati, simulazione in situ, simulazione mobile ecc).
- **Quali tempi?** (tempi di programmazione generale e tempi tecnici).
- **Quali risorse disponibili?** (personale tecnico, strumenti e materiali, strutture, risorse economiche).

Per la definizione degli obiettivi formativi è necessario, inoltre, fare riferimento agli **indicatori chiave di Performance (KPI)**. Questi indicatori consentono di identificare in maniera incontrovertibile quali siano i fabbisogni formativi per i professionisti in linea con le esigenze dell'organizzazione.

I KPI sono indicatori di funzionamento che evidenziano quali sono le aree di criticità all'interno di una struttura sanitaria e che permettono di valutare il ritorno dell'investimento sulla formazione benché la stessa formazione non sia una variabile in grado di influenzare l'andamento di un KPI.

### Terza fase. Insegnamento e valutazione

- Insegnamento** – “*Teaching*” – La formazione in Simulazione nella forma “*insegnamento/teaching*” permette l'acquisizione e/o lo sviluppo di competenze cognitive ed operative e svolge un ruolo fondamentale per la valorizzazione dell'apprendimento esperienziale.
- Valutazione** – “*Testing*” – La Simulazione nella forma valutazione/testing viene utilizzata per ottenere informazioni generali e specifiche su competenze e performance di individui, team e sistemi.

- C. **Insegnamento/Valutazione** - la formazione in simulazione nella forma insegnamento/valutazione aiuta ad ottenere informazioni sulle *Skills* individuali e del team, conoscenze individuali e di team, di competenze individuali e del team, di processi decisionali individuali e del team, di performance individuali e del team.

## La seduta di simulazione

L'organizzazione di una seduta di formazione in simulazione necessita di una struttura definita che può essere suddivisa in cinque fasi:

1. **Preparazione.** In questa fase si definiscono gli obiettivi generali e specifici della simulazione, si pianificano gli scenari oggetto della simulazione, si definiscono gli aspetti concettuali e tecnici;
2. **Introduzione.** In questa fase si presenta il modello tecnologico prescelto, la didattica ipotizzata, una panoramica del corso e si cerca di creare un ambiente sicuro,
3. **Osservazione.** In questa fase questa fase si osserva la rappresentazione dello scenario, si analizzano eventuali materiali multimediali, si identificano le azioni ed i risultati,
4. **Elaborazione.** In questa fase si struttura “un’Asserzione/ Indagine” su com’ è stata condotta la simulazione;
5. **Debriefing.** In questa fase si condividono le reazioni dei partecipanti, si cerca di comprendere meglio com’è stata condotta la simulazione fino ad arrivare al riepilogo finale.

## Focus: il debriefing

“**La simulazione non è altro che una scusa per fare un buon debriefing**” (P. Weinstock).

Il debriefing consiste in una riflessione attenta, impegnata e mirata che stimoli l’autoanalisi dei partecipanti, mediante facilitazione, che permette di concettualizzare l’esperienza riconoscendone gli eventi accaduti attraverso l’interpretazione del significato migliorandone il risultato.

Esistono diversi metodi di debriefing diversamente orientati e strutturati. Il metodo di *debriefing* da adottare deve essere definito sulla base dei risultati ottenuti nella fase di

preparazione in modo da aumentare al massimo la sua efficacia nel raggiungere gli obiettivi formativi previsti e lasciare ai partecipanti un forte messaggio in grado di garantire un cambiamento futuro per migliorare la propria performance nel setting operativo reale e la sicurezza degli assistiti.

Il debriefing non rappresenta un'esperienza isolata ma è solo una parte del ciclo di apprendimento e non assumerebbe nessun senso se poi l'esperienza formativa non venisse riportata e vissuta nell'attività quotidiana,

Le tecniche di *debriefing* possono essere modulate su diversi livelli di complessità, a seconda degli obiettivi formativi prefissati e delle caratteristiche dei partecipanti. Dalla semplice analisi e correzione facilitata delle *Skill* si può arrivare a tecniche più fini e complesse di tipo cognitivo - comportamentale.

È necessario, comunque, che qualunque sia il modello di *debriefing* adottato, questo sia studiato, condiviso ed accettato da tutti i facilitatori partecipanti al programma di simulazione.

Uno dei metodi di debriefing più utilizzati è quello del "**Good Judgement**" secondo l'approccio "**Frames – Azioni – Risultati**".

Questa modalità prevede che la sicurezza psicologica e l'efficacia formativa siano garantite da alcuni fattori essenziali ed irrinunciabili:

- La **metodologia didattica** dei docenti "**centrata sull'adulto**";
- La **varietà della tipologia di simulazioni** offerte;
- La **qualità del debriefing** "non-giudicante" o ancor meglio definito "di buon giudizio" (*good judgment debriefing*).

Una riflessione attenta, impegnata e mirata che stimoli l'autoanalisi dei partecipanti mediante facilitazione, permette di concettualizzare l'esperienza riconoscendo gli eventi accaduti, interpretandone il significato e migliorandone i risultati.

## **Le fasi de debriefing**

### **1. Reazione**

In questa fase si cerca di mantenere un atteggiamento positivo invitando i partecipanti ad esprimere le loro reazioni a quanto accaduto nello scenario, permettendo e stimolando l'espressione dal punto di vista emotivo. Si consente di "liberare" le emozioni dei partecipanti per permettere loro di concentrarsi su una discussione costruttiva.

**Impressioni** ("qual è stata l'impressione"). Così si dà l'opportunità ai partecipanti/studenti di esprimere le emozioni provate durante la simulazione. In questo passaggio è necessario essere pazienti, usare il silenzio, lasciare libero sfogo (limitato alle sensazioni), predisporre ad imparare, ascoltare attentamente, valutare i bisogni.

**Ricapitolazione dell'esperienza.** Cos'è accaduto al paziente da un punto di vista assistenziale. È la fase dei **fatti**, sempre più spesso vista come una fase a sé stante.

In questa fase si chiede ai partecipanti/studenti di raccontare cosa è accaduto al paziente dal punto di vista clinico (se utile si integra con i dettagli): serve per condividere, con l'intero gruppo che ha simulato, in **maniera oggettiva**, quanto accaduto in simulazione.

Questo passaggio è molto importante perché consente di sviscerare tutti gli aspetti di natura clinico-assistenziale (obiettivi relativi alle TS) e non ritornarci quando si analizzeranno gli obiettivi riguardanti NTS/ CRM (evitando la fissazione sui soli aspetti medici).

## 2. Analisi/comprendimento

Nella fase di analisi si consente e si cerca di dare un senso a quello che i partecipanti hanno simulato e si cerca di dare un significato agli eventi accaduti in linea con gli obiettivi di apprendimento. Si cerca di approfondire le motivazioni e processi mentali dei comportamenti dei partecipanti.

In questa fase occorre far emergere quali sono state le **cause/motivazioni del comportamento** messo in atto, chiedendo *perché?* Si discutono le opportunità di cambiamento. **Il debriefer verso il singolo:**

- **Osserva** (*ho notato che...*);
- **Asserisce** (*questo mi preoccupa perché...*);
- **Indaga** (*perché è successo secondo te?*);



- **Identifica** un'azione o un risultato osservati in un individuo, inerente alla gestione dello scenario e rilevante per il singolo e per il gruppo sia per quanto attiene le *technical skills* che le *non technical skills*;
- **Formula** un quesito descrivendo i processi mentali e la logica del comportamento. (es. .. *Ho osservato ...* ", *"ero preoccupato che ... fosse accaduto perché..."*, *"mi domando perché è accaduto ....* ", *"aiutami a capire perché è accaduto... "*).

### Generalizzare il processo ed estendere la discussione al gruppo

*"È accaduto a qualcun altro?" "qual è stata l'impressione?"*. Anche questa può essere una fase a sé stante e serve per dare ordine al *debriefing*.

In questa fase il *debriefeer* riformula quanto è stato detto dal singolo e si rivolge **al gruppo**:

- **Generalizza**, riporta alla vita reale (*è capitato anche a voi...?*);
- **Propone e recepisce soluzioni** (*questo come possiamo risolverlo?*);
- **Progetta/prospetta cambiamenti** (*che cambiamenti personali vorresti discutere, proporre?*).

### Mettere in pratica

Lasciare che il gruppo trovi **soluzioni pratiche** (*"Come hai affrontato questo problema in passato?" "Qualcuno può suggerire una strategia per eliminare questo problema in futuro?"*).

## 3. Riepilogo e sintesi

La fase di sintesi è una fase importante, attiva, dove si dichiara che cosa i partecipanti porteranno a casa. Breve valutazione di **ciò che è stato appreso** durante la sessione di simulazione, ricapitolazione dell'esperienza (*"oggi abbiamo appreso..."*). **Feedback mirato**: in questa fase normalmente si riportano per iscritto gli aspetti positivi e le criticità iniziando sempre dai primi e focalizzandosi successivamente sulle seconde da affrontare.

In questa fase il *debriefeer* sintetizza quanto detto, riassume i punti più importanti, fa il punto sulle questioni aperte, collega i progressi con gli obiettivi di apprendimento.

A seconda degli obiettivi formativi, delle caratteristiche dei partecipanti e del grado di fedeltà della rappresentazione, il *debriefing* può essere supportato da tecnologie multimediali.

## Gli istruttori per la formazione in simulazione

L'istruttore nella formazione in simulazione è un “**formatore**” competente ed un “**facilitatore**” dell'apprendimento prima, durante e dopo le sessioni di simulazione.

L'istruttore deve possedere e trasmettere sia competenze tecniche che non tecniche per essere sempre in grado di facilitare l'apprendimento dei partecipanti attraverso la definizione di scenari realistici e successivi momenti di debriefing appropriati.

### I requisiti curriculari

L'infermiere docente/istruttore di formazione in simulazione oltre alle competenze precedentemente riportate non può prescindere dal possedere alcuni requisiti curriculari quali:

- Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, altri ulteriori percorsi di laurea attinenti alla formazione;
- Specifica esperienza professionale rispetto alle competenze che si vogliono sviluppare (almeno 5 anni);
- Esperienza didattica (almeno 3 anni);
- Completo adempimento degli obblighi formativi ECM.

### Le competenze specifiche

Oltre ai requisiti specifici l'infermiere istruttore in simulazione dovrebbe garantire alcune competenze specifiche quali:

- Comunicative;
- *Leadership*;
- Gestione dei gruppi;
- Autocontrollo;
- Capacità di mediazione;
- Conoscenza non professionale delle tecnologie necessarie;

- Sviluppo di scenari clinico assistenziali interattivi e realistici;
- *Team work.*

## **Le aree/percorsi di interesse infermieristico in cui sviluppare la simulazione**

Oggi il sistema socio sanitario ha sempre più necessità di un infermiere in grado di diversificare le proprie specifiche competenze professionali. Questo è irrinunciabile per poter affrontare con abilità, capacità, scientificità e vicinanza i bisogni emergenti attraverso l'orizzontalità e la continuità dei percorsi, la differenziazione della risposta basata sull'intensività clinica e la complessità assistenziale infermieristica.

Le aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri, definite anche nel comma 566 della legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre), devono essere considerate la realtà da cui ripartire per definire ulteriori percorsi formativi.

Le competenze che definiscono l'assistenza infermieristica, la loro fisiologica e diffusa evoluzione, di sperimentazioni ancora più innovative attuate dagli infermieri in numerosi luoghi del Paese, ora si potranno strutturare e ridefinire anche con l'approfondimento disciplinare di percorsi formativi e di ricerca nelle aree di intervento”:

- Area medica;
- Area chirurgica;
- Cure primarie e servizi territoriali/ distrettuali;
- Area intensiva e dell'emergenza – urgenza;
- Area neonatologica e pediatrica;
- Area della salute mentale e dipendenze;
- Area oncologia e delle cure palliative.

## **La ricerca applicata alla formazione in simulazione**

La ricerca riveste un ruolo importante e strategico nelle attività di formazione in simulazione. Gli obiettivi della ricerca scientifica in simulazione differiscono in base allo scopo per il quale utilizzo la simulazione: insegnamento o valutazione.

Risulta necessario sviluppare con attenzione i processi di pianificazione delle attività di ricerca prima di avviare un programma di simulazione. Ciò è fondamentale per definire il tipo di ricerca e la tipologia di strumenti più idonei da utilizzare per quello specifico percorso formativo.

Infine, un invito per i ricercatori è quello di non dimenticare un campo di ricerca sempre aperto che si chiede: *“Lo strumento simulazione” è valido? Lo strumento simulazione è utile?*

Alla luce di questo, per lo sviluppo della simulazione in sanità è necessario uno sforzo collaborativo per sfruttarne al meglio le opportunità in questo ambito.

## La simulazione basata su manichini

I simulatori attualmente disponibili sono rappresentati da una vasta gamma di modelli con caratteristiche sostanzialmente differenti, soprattutto in relazione alla capacità di riprodurre parametri vitali, segni clinici e sintomi relativi a uno specifico quadro clinico.

Ognuno di essi ha una specifica interfaccia software per il controllo e la gestione del simulatore durante lo svolgimento dello scenario. Tale gestione avviene mediante un personal computer o un tablet al quale è collegato il simulatore via cavo oppure mediante tecnologia wireless.

Un'altra differenza rilevante è l'interattività che sono in grado di manifestare con i discenti durante l'effettuazione della sessione di simulazione.

I simulatori possiedono la caratteristica di riprodurre suoni vocali in relazione al quadro clinico dello scenario e offrono la possibilità all'istruttore stesso di dare voce alla persona assistita. Tutti questi simulatori vanno sotto il nome di Human Patient Simulator e hanno un sistema di gestione informatizzato il quale prevede l'utilizzo di un monitor istruttore (monitor di controllo) e di un monitor studente. Quest'ultimo rappresenta un importante elemento di interattività tra controller e partecipanti alla simulazione, in quanto da un lato permette di

richiedere dati, informazioni e consulenze di altri professionisti, mentre dall'altro l'istruttore può inviare informazioni supplementari durante lo svolgimento dello scenario stesso.

Come già detto, ciò che differenzia i diversi modelli di simulatori è la capacità di riprodurre segni clinici o sintomi e le caratteristiche tecniche specifiche. Infatti, gli Human Patient Simulator evoluti si contraddistinguono per il fatto che, oltre ad avere varie parti intercambiabili per la simulazione di ferite traumatiche, ferite chirurgiche, stomie e lesioni da pressione, prevedono la possibilità di ottenere un effetto maggiormente realistico sulle emorragie sia venose sia arteriose, prelievi di sangue o lacrimazioni congiuntivali rispetto ai manichini statici o ai simulatori a media fedeltà.

Il modello di simulatore disponibile è vincolante nella scelta dello scenario e degli obiettivi formativi da mettere in campo nel momento in cui si progetta un programma educativo basato sulla simulazione. Inoltre, è necessario considerare che l'utilizzo di uno specifico simulatore modifica anche il setting di svolgimento della simulazione: infatti, nella simulazione ad alta fedeltà c'è una netta separazione tra sala di simulazione e regia, cosa non vincolante nella media fedeltà e assolutamente assente nella bassa. Infatti, è da considerare che la presenza di un istruttore di simulazione all'interno del setting dove i discenti svolgono lo scenario abbassa notevolmente la fedeltà rendendo praticamente inutili alcune caratteristiche dei simulatori anche più avanzati.

I simulatori ad alta fedeltà sono ideali per quegli obiettivi formativi che afferiscono a tutte le aree dei learning outcome dei Descrittori di Dublino e che prevedono un elevato grado di interattività tra scenario e partecipanti alla simulazione. Inoltre, le caratteristiche tecniche permettono di esperire numerose procedure anche in ambito multidisciplinare. I simulatori a media fedeltà, invece, possono essere facilmente utilizzati in scenari che hanno un carattere relativo allo sviluppo di abilità tecniche, ma non solo.

In ultimo i simulatori a bassa fedeltà, riproducendo solamente parti anatomiche altrimenti detti task trainer, vengono utilizzati per l'apprendimento o per l'esercitazione rispetto a procedure di competenza del relativo profilo professionale.

La differenza sostanziale è dovuta al sistema di gestione e al supporto informatico alla simulazione nonché alle caratteristiche tecniche dei simulatori. Infatti, prerogativa

fondamentale dello svolgimento dello scenario è la riproduzione fedele di una situazione che realmente potrebbe verificarsi in un contesto clinico senza ulteriori interferenze o supporti. In tale contesto, il contatto tra controller e partecipanti deve essere assente, e avviene solo attraverso ciò che accade e che viene detto durante la scena. Per esempio, se ad un certo punto della simulazione lo scenario prevede di inviare ai discenti la seguente prescrizione medica “ossigenoterapia a 3 litri al minuto se saturazione di ossigeno inferiore al 94%”, grazie al monitor studente del simulatore ad alta fedeltà è possibile per l'istruttore inviare su tale dispositivo la prescrizione in oggetto.

Tuttavia, questo diventa più difficile da realizzare con il simulatore a media fedeltà assolutamente irrealizzabile con quelli a bassa fedeltà. In realtà, è possibile prevedere anche nei simulatori a media fedeltà un sistema di proiezione in sala di simulazione da utilizzare al momento opportuno per la proiezione della prescrizione stessa. Pertanto, l'utilizzo dei simulatori ad alta fedeltà permette di avere, oltre a caratteristiche tecniche avanzate per la simulazione di svariati quadri clinici, anche un sistema di gestione integrato che consente un'interattività maggiore e un controllo della scena di più facile gestione.

## **La simulazione basata su strumenti informatici**

Primo fra tutti quello di riprodurre modelli di realtà un numero infinito di volte. Questo consente al discente di sviluppare capacità di autoanalisi del fabbisogno formativo e di dedicarsi in modo autonomo a specifiche aree di intervento. In secondo luogo, l'utilizzo della tecnologia consente la fruibilità in qualsiasi luogo e in qualsiasi momento dando la possibilità di organizzare il proprio tempo e di sfruttare eventuali momenti liberi da altre attività programmate.

Le piattaforme informatizzate hanno la possibilità di essere continuamente aggiornate dal punto di vista della programmazione ma anche dal punto di vista dei casi che possono essere affrontati, consentendo di attuare un programma di apprendimento personalizzato.

Le varie piattaforme disponibili, inoltre, possono prevedere un utilizzo individuale oppure un utilizzo in gruppo per lo sviluppo di abilità non tecniche o capacità di coordinamento. Infine,

da non sottovalutare la possibilità di connettere esperienze diverse distanti tra loro e che invece rappresentano una importante risorsa di arricchimento e di confronto.

La simulazione basata su strumenti informatici attualmente prevede tre macro aree specifiche dell'agire infermieristico. La prima area specifica di apprendimento per il professionista è rappresentata dal processo di assistenza infermieristica. Questa area risulta fondamentale nel percorso formativo di base ma necessita di continua manutenzione e aggiornamento durante la vita professionale soprattutto nel momento in cui vengono introdotte tassonomie per la pianificazione dell'assistenza.

Questi sistemi consentono, inoltre, di monitorare i risultati di apprendimento. La seconda area è rappresentata da quella clinica dove è possibile sviluppare capacità di ragionamento clinico e pensiero clinico basandosi su casi clinici che riproducono in tempo reale gli effetti delle azioni e degli eventi che intercorrono. Infine, l'area dell'emergenza e della maxiemergenza. Questa area rappresenta una delle aree maggiormente utilizzate oggi perché in grado di riprodurre scenari di grandi proporzioni e utilizzare risorse che in real life richiederebbero un dispendio economico importante.

## **Il paziente simulato**

L'uso della simulazione in ambito sanitario favorisce la sperimentazione di diverse abilità all'interno di un contesto "protetto e sicuro". Mentre l'insegnamento delle abilità gestuali avviene attraverso l'impiego di task trainer specifici, le abilità non tecniche possono essere sviluppate soltanto attraverso l'interazione tra persone. E' proprio nello sviluppo delle abilità non tecniche che il paziente simulato gioca un ruolo fondamentale.

L'utilizzo del paziente simulato nella formazione delle professioni della salute è riportato in letteratura sin dagli anni '70, questa metodologia è stata utilizzata per la prima volta da Howard Barrows, docente universitario di neurologia, con l'intento di colmare il divario tra preparazione teorica e pratica clinica nella formazione degli studenti.

Il paziente simulato è una persona comune, al quale non sono richieste competenze in ambito sanitario o di recitazione, che è stata accuratamente addestrata a simulare un paziente, in tutte le sue caratteristiche: linguaggio del corpo, manifestazioni fisiche, emozioni,

caratteristiche della personalità, tanto da non essere riconosciuta neanche da personale esperto.

I vantaggi nell'impiego del paziente simulato risiedono soprattutto nel fatto che questa metodologia consente di programmare attività di insegnamento e di valutazione *ad hoc*, sulla base di obiettivi formativi specifici, garantendo la possibilità ad ogni studente di sperimentare l'interazione con quel determinato tipo di paziente.

Un aspetto molto importante nell'uso del paziente simulato è che viene addestrato a fornire un *feedback* particolare al discente, che rispetti il punto di vista "del paziente". Per il successo della sessione di simulazione è necessario che il paziente simulato lavori in squadra con il formatore e venga opportunamente istruito oltre che all'interpretazione fedele del ruolo assegnato, anche e soprattutto alla restituzione del *feedback*, quale momento formativo fondamentale in cui viene rinforzato buona parte dell'apprendimento.

## La comunicazione e la relazione infermiere assistito

La qualità delle relazioni interpersonali determinano la qualità dell'assistenza e incidono profondamente non solo sulla pratica assistenziale ma, anche, sulle modalità di rapportarsi dei professionisti tra di loro e di questi con le persone assistite. Bisogna riconoscere che il valore dell'aspetto relazionale, e più in particolare della comunicazione interpersonale, è sempre stato sottovalutato all'interno del contesto socio sanitario. Solo ultimamente ci siamo resi conto di quanto le abilità relazionali e comunicative costituiscono elementi essenziali del processo di cura e assistenza.

Dati sempre più numerosi dimostrano che la scarsa qualità della comunicazione è la ragione più comune per i reclami nei confronti del personale sanitario. I professionisti sanitari che dimostrano di possedere elevate competenze comunicative garantiscono anche maggiore efficacia e migliori risultati in termini di esiti delle cure. È ormai dimostrato che una buona comunicazione migliora la soddisfazione dei pazienti, la loro adesione al processo assistenziale ed i risultati di salute.



La comunicazione in ambito sanitario costituisce l'elemento più importante della qualità delle cure, ma allo stesso tempo l'elemento di massima criticità. Le competenze comunicative non devono essere considerate un optional ma una componente essenziale della professione infermieristica anzi, senza queste, tutte le nostre conoscenze e competenze tecniche non garantiranno mai quel migliore risultato che la persona assistita si aspetta.

Per il professionista infermiere, responsabile dell'assistenza generale infermieristica, le competenze comunicative rappresentano la base fondante della propria attività professionale. L'infermiere, deve sapere utilizzare in maniera efficace tutte le strategie comunicative, prima tra tutte "l'ascolto attivo", per instaurare un rapporto di fiducia con l'assistito, per ben comprendere i suoi problemi di salute e proporre le migliori ipotesi di risoluzione e/o di miglioramento che dovrà, necessariamente, condividere con la persona assistita. Ma l'infermieristica si configura anche con azioni di tipo preventivo e riabilitativo e quindi di educazione a corretti comportamenti e stili di vita che, necessariamente, necessitano di un adeguato ed efficace processo comunicativo.

In un contesto socio sanitario, dove ormai è acclarato che è l'interdisciplinarietà che garantisce i migliori risultati, l'infermiere deve assicurare un elevato livello di competenze comunicative anche per gestire processi assistenziali complessi, le relative dinamiche di gruppo e lavorare in Team multiprofessionali e multidisciplinari. Tutto questo, che per l'infermiere rappresenta la "relazione d'aiuto", si concretizza nella capacità di fornire assistenza personalizzata ed il rapporto che si instaura con l'assistito e la sua famiglia assume un valore terapeutico.

Allora la comunicazione diventa terapeutica e consente di scambiare, condividere informazioni indispensabili per potere elaborare piani di assistenza personalizzati e finalizzati al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che la malattia può determinare.

La comunicazione deve essere sempre più considerata una competenza fondamentale e necessaria per chi si occupa di assistenza, che garantisce una corretta presa in carico della persona, il riconoscimento del diritto all'informazione e all'autodeterminazione delle persone assistite rispetto ai trattamenti proposti. Garantisce, inoltre, elevati livelli di sicurezza e di qualità dell'assistenza ed una migliore integrazione ed interazione del Team multidisciplinare.

Ma lo sviluppo delle competenze comunicative richiede anche continuo impegno ed investimento professionale.

La formazione in simulazione può rappresentare una delle metodologie più efficaci anche per lo sviluppo delle competenze non tecniche (NTS) come la comunicazione, indispensabile e fondamentale per garantire, quotidianamente, un elevato livello di qualità e di sicurezza dell'assistenza infermieristica ai cittadini.

## Simulazione e Rischio Clinico

Che legame c'è tra rischio clinico e simulazione?

La gestione del rischio clinico è un processo sistematico che richiede una crescita della cultura della sicurezza. In ambito sanitario l'errore è fonte di rischio e nel contempo fornisce una risorsa preziosa di apprendimento: la simulazione favorisce questa modalità di apprendimento, in quanto consente di costruire un bagaglio di errori da cui attingere, senza causare danni, operando in sicurezza e senza esporre a rischio il paziente, contribuendo, in maniera rilevante, a portare l'operatore verso un cambiamento positivo dei propri atteggiamenti.

In simulazione è possibile ricreare quasi tutti gli scenari di attività clinica e relazionale, fare analisi e far emergere, attraverso il debriefing strutturato, riflessioni e considerazioni che acquisiscono un valore prezioso sia in termini di performance individuale che di interazione nel gruppo.

La simulazione può dare un contributo notevole nel campo della gestione del rischio clinico sia come azione proattiva consentendo di testare e perfezionare procedure ed attività per le quali non è possibile verificarne in maniera esauriente l'esposizione al rischio; sia come azione reattiva permettendo la ricostruzione di eventi accaduti che necessitano di essere analizzati attraverso la ricostruzione e simulazione di eventi vissuti, mettendo in pratica il CRM.

La gestione del rischio clinico non può però limitarsi ad intervenire sul singolo e sul gruppo, il suo è un ambito che abbraccia l'intero sistema. Si può rispondere a questa esigenza attraverso la simulazione traslazionale, che si presta molto bene per interventi mirati su procedure e

processi specifici, quali ad esempio checklist e protocolli operativi, piuttosto che sul partecipante e il suo apprendimento individuale.

Sebbene l'errore sia antico quanto l'uomo, sono cambiati i metodi e gli strumenti di analisi e prevenzione dei potenziali danni che possono derivarne, ecco perché si vanno affermando **la cultura del rischio clinico**, in quanto la prevenzione degli errori passa attraverso un cambiamento culturale; **la cultura della sicurezza**, che va acquisita e diffusa capillarmente attraverso moderne modalità formative, quali la simulazione; **la cultura della responsabilità**, ossia della consapevolezza da parte di tutti gli operatori sanitari che la sicurezza del paziente richiede un impegno personale.

## Conclusioni

In conclusione, è possibile affermare che la pianificazione di programmi formativi che prevedano la simulazione nelle sue diverse forme risulta più efficace e fortemente orientata a raggiungere risultati in sviluppo di competenze e miglioramento delle prestazioni infermieristiche erogate sia individualmente che in team.

Nell'attuale panorama della tutela e salvaguardia della salute è assolutamente indispensabile adottare tutte le strategie disponibili e innovative per fare in modo di garantire sicurezza dell'assistenza nei confronti della persona assistita, alta qualità degli standard prestazionali e professionisti capaci di alte performance in contesti continuamente mutevoli.

E' assolutamente necessario innescare un processo che consenta di ottenere, attraverso la formazione, miglioramenti reali nell'agire professionale quotidiano. Pertanto, l'utilizzo delle modalità attive e fortemente coinvolgenti che caratterizzano la simulazione, consentono un approccio più favorevole nei confronti della formazione e ne rendono gli apprendimenti più duraturi. Inoltre, consentono di sviluppare competenze afferenti all'area relazionale ed emotiva che altrimenti verrebbero lasciate all'individualità del singolo professionista e al background esperienziale che questi è in grado di esprimere.

---

## Parte III

### Le fonti bibliografiche

---



## Bibliografia

- Adam Cheng, Tara R. Lang, Stephanie R. Starr, Martin Pusic, David A. Cook, *Technology-Enhanced Simulation and Pediatric Education: A Meta-analysis*. Pediatrics May 2014, VOLUME 133 / ISSUE 5 Review Article.
- Aebersold M, Tschannen D. *Simulation in nursing practice: the impact on patient care*. Online J Issues Nurs. 2013 May 31;18(2):6.
- Capiello A., Comandé G., Guidi Benedetta, Loi M., Nocco L., Porcu G., *La misurazione e la gestione del rischio sanitario attraverso indicatori idonei e la formazione attraverso la simulazione: un approccio interdisciplinare*. Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario [https://www.iusexplorer.it/Rivista/Rivista\\_Italiana\\_di\\_Medicina\\_Legale/La%20misurazione\\_e\\_la\\_gestione\\_del\\_r?IdDatabanks=144&IdDocMaster=5217022](https://www.iusexplorer.it/Rivista/Rivista_Italiana_di_Medicina_Legale/La%20misurazione_e_la_gestione_del_r?IdDatabanks=144&IdDocMaster=5217022).
- Cook, David A. MD, MHPE; Brydges, Ryan PhD; Zendejas, Benjamin MD, MSc; Hamstra, Stanley J. PhD; Hatala, Rose MD, MSc *Technology-Enhanced Simulation to Assess Health Professionals: A Systematic Review of Validity Evidence, Research Methods, and Reporting Quality*. Academic Medicine: June 2013 - Volume 88 - Issue 6 - p 872–883 doi: 10.1097/ACM.0b013e31828ffdc. Reviews.
- David A. Cook, Stanley J. Hamstra, Ryan Brydges, Benjamin Zendejas, Jason H. Szostek, Amy T. Wang, show all, *Comparative effectiveness of instructional design features in simulation-based education: Systematic review and meta-analysis*. Pages e867-e898 | Published online: 03 Sep 201, 15.
- Denson JS, Abrahamson S. *A computer-controlled patient simulator*. JAMA 1969; 208:504-8. Gordon MS. Cardiology patient simulator. Development on fan animated manici to teach cardiovascular disease. Am J Cardiol 1974; 34 (3): 350-355.
- Gaba DM, Fish K J, Howard SK. *Crisis Management in Anesthesiology*. Philadelphia, MA: Churchill Livingstone, 1994.
- Howard SK, Gaba D, Fish KJ, Yang GCB, Sarnquist FH. *Anesthesia crisis resource management training: teaching anesthesiologists to handle critical incidents*. Aviation, Space & Environmental Medicine 1992; 63:763-70.
- Jung Hee Kim, Miung-Haeng Hur, *The efficacy of simulation-based and peer-learning handover training for new graduated nurse*. Nurse Education Today 2018.
- Kim J, Park JH, Shin S. *Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis*. BMC Med Educ. 2016 May 23;16:152. doi: 10.1186/s12909-016-0672-7.

Lavoie, P., Clarke, S.P., Nursing and Midwifery Council Circular 36/2007 - *Supporting direct care through simulated practice learning in the pre-registration nursing programs Simulation in nursing education*. Nursing 2017: July 2017 - Volume 47 - Issue 7 - p 18–20 doi: 10.1097/01.NURSE.0000520520.99696.9a Department: LEARNING CURVE.

Mi Yu, Kiung ja Kang, *Effectiveness of role play simulation program involving the sbar technique: a quasi experimental study*. Nurse EducationToday 2017.

NMC and Council of Deans (UK), *Simulation and Practice Learning Project: Outcome of a pilot study to test principles of auditing simulated practice learning environments in the pre-registration nursing programme*. Final Report December 2007.

Thompson C., Huiqin Yang Crouch S., *Clinical simulation fidelity and nurses' identification of critical event risk: a signal detection analysis*. First published: 07 February 2012 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05945.x>.

[https://www.researchgate.net/publication/318530447\\_Un\\_tentativo\\_di\\_misurazione\\_dei\\_rischi\\_sanitari\\_attraverso\\_indicatori\\_idonei\\_il\\_contesto\\_della\\_Asl\\_n\\_3\\_di\\_Nuoro](https://www.researchgate.net/publication/318530447_Un_tentativo_di_misurazione_dei_rischi_sanitari_attraverso_indicatori_idonei_il_contesto_della_Asl_n_3_di_Nuoro) .