

Migliorare le abilità di *counseling* in un gruppo di studenti del corso di laurea in infermieristica di Torino: uno studio pilota

Improving conseling skills in nursing students of turin university: a pilot study

Stefania Fabbri¹ Luigi Cirio² Cinzia Tortola² Diego Targhetta Dur²
 Patrizia Massariello² Patrizia Pietro Altini² Elvira Signaroldi² Deborah Faiuolo¹
 Tatiana Melis¹ Anna Padovan¹ Claudio Verta¹ Simona Facco¹ Valerio Dimonte³

RIASSUNTO

Introduzione: Le Counseling Skills vengono considerate importanti competenze così come quelle tecnico operative. L'atteggiamento empatico è alla base di una relazione di cura. E' fondamentale pertanto sviluppare percorsi di approfondimento di tali abilità già dalla formazione accademica.

Obiettivo: valutare il miglioramento di alcune competenze relazionali a seguito di un intervento formativo di Counseling.

Materiali e Metodi: studio pilota con disegno pre-post test multicentrico, con un campione di convenienza di 65 studenti. L'intervento formativo è stato articolato in tre livelli consecutivi nell'arco di sei mesi per un totale di sei giornate. E' stato utilizzato la *Balance Emotional Empathy Scale* (BEES) per misurare le capacità empatiche possedute dal campione, mentre per misurare il miglioramento delle Counseling Skills, in particolare la capacità di riformulazione (tecnica base del Counseling) una batteria di 20 colloqui tra professionista sanitario ed un ipotetico interlocutore.

Risultati: hanno partecipato all'intervento formativo 62/65 studenti. Il campione è composto prevalentemente da femmine (84%) e l'età media è di 23 anni. Il valore medio del BEES è di 41 punti (\pm DS 11.5): valore che non correla ne con età ne con genere. Prima del corso di Counseling (PRE) la maggior parte degli studenti individua come strategia relazionale idonea per far fronte a problemi educativi quella investigativa (347 risposte, il 27%), identificata come quella meno funzionale ad una corretta relazione ed a seguire quella risolutiva. Al termine (POST) invece rispondono al problema con strategie quasi esclusivamente comprensive (90% delle risposte vs 18% del pre).

Conclusioni: Un percorso formativo di Counseling sembra migliorare negli studenti di Infermieristica l'abilità nell'utilizzare strategie di comprensione per far fronte a problematiche di carattere educativo di una persona assistita.

Parole chiave: counseling, empatia, studenti infermieri, formazione infermieristica, educazione

ABSTRACT

Background: Although communication and counseling skills are essential for nursing profession, specific educational program are not so widespread.

Aim: Evaluation of the improvement of Counseling skills as a result of a specific training.

Methods: A multi-center pilot study with pre-post test design with a convenience sample of 65 students was carried out. The Counseling training consisted in three consecutive levels over a period of six months for a total of six days. To measure the ability of reformulation, basic tool of Counseling, a questionnaire was used with 20 interviews (hypothetical interview between health professional and patient).

Results: 62 students participated. The sample is composed mainly by females (84%), the average age is 23 years. The average value of BEES (level of empathy) is 41 points (\pm SD 11.5), the value does not correlate with age nor gender. Before the training (PRE) most of the students identified as the most suitable approach/strategy to deal with educational problems that investigative (347-27%) and the relational one. At the end of intervention (POST) most of the students used a comprehension approach/strategy (90% of the responses), opposed to before the course (18%).

Conclusion: The training course, shows to lead to a significant improvement in using comprehension strategies to deal with issues of educational assistance of clients.

Keywords: counseling, empathy, student nurse, nurse education, health education

1 Laboratorio didattico per l'educazione terapeutica, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino.

2 Coordinatore, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

3 Presidente, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

Corrispondenza: Dott. Cirio Luigi, Coordinatore, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino Corso di Laurea in Infermieristica Via Rosmini 4/a Torino 10127
 Cell: 3351328335 Mail: luigi.cirio@unito.it

INTRODUZIONE

Un aspetto fondamentale che caratterizza la professione infermieristica è la capacità dell'infermiere di interagire con la persona assistita, i familiari ed i colleghi (Kettunen, 2000).

L'infermiere infatti è colui che aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte attraverso un percorso di educazione

terapeutica e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere. E' colui che ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali. L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito (Silvestro, 2009).

Saper comunicare con modalità appropriate è un aspetto complesso, in particolare se si considerano i differenti stili comunicativi che ogni professionista può adottare, più o meno consapevolmente, nell'interazione interpersonale (Kim, 2004).

Migliorare la qualità comunicativa e relazionale del professionista ha dei benefici sia per la persona assistita, facilitandone il percorso di guarigione, sia per l'infermiere, fornendogli ulteriori punti di vista e strumenti utili per sviluppare lo spirito critico (Taylor, 1993).

Il principale strumento di lavoro è il colloquio, attraverso il quale si cerca di stabilire un rapporto di qualità con l'interlocutore per comprendere prima di tutto il problema, permettergli di guardare la situazione dai diversi punti di vista, studiarne con lui le possibili evoluzioni e infine stimolarlo al cambiamento accompagnandolo nel percorso di mobilitazione delle proprie risorse (Haque, 2012).

Per far fronte ad un'efficace comunicazione è fondamentale sviluppare capacità empatiche, ovvero un atteggiamento verso gli altri caratterizzato da un impegno di comprensione dell'altro, escludendo un'attitudine affettiva personale e il giudizio morale, per creare una vera relazione di fiducia (Fields, 2004).

Le Counseling Skills (ovvero competenze di counseling) vengono considerate non meno importanti della competenza clinica e di quella tecnico operativa. Il counseling professionale è un'attività il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita della persona, sostenendo i suoi punti di forza e le sue capacità di autodeterminazione. Il counseling offre uno spazio di ascolto e di riflessione, nel quale esplorare difficoltà relative a processi evolutivi, fasi di transizione e stati di crisi e rinforzare capacità di scelta o di cambiamento (Meier, 2011).

E' un intervento che utilizza varie metodologie mutuata da diversi orientamenti teorici. Si rivolge al singolo, alle famiglie, a gruppi e istituzioni e può essere erogato in vari ambiti, quali privato, sociale, scolastico, sanitario, aziendale. Il counseling in ambito sanitario ha l'obiettivo di fornire il supporto necessario a fronteggiare la vasta gamma di aspetti psicosociali connessi alla malattia (Mucchielli, 2008). Ogni operatore sanitario può utilmente utilizzare tecniche di colloquio, ma si può parlare di counseling infermieristico nel momento in cui gli infermieri apprendono specifiche competenze e imparano ad adottare un particolare stile di conduzione. Possedere tali abilità significa prendersi cura della persona in

modo più discreto, aiutandola ad affrontare quello che è il suo problema in quel momento, facendole rafforzare l'immagine di sé e l'autostima rispetto alla qualità della vita (Artioli, 2004). Doti fondamentali per l'infermiere sono la disponibilità e l'abilità di comunicare, nonché la comprensione, l'ascolto attivo e la capacità di affrontare il silenzio che spesso esprime sentimenti di ansia, paura, tristezza o imbarazzo (Binetti, 2002). Non meno importante è la capacità dell'infermiere di saper accogliere in maniera incondizionata ed empatica la persona assistita, favorendo di conseguenza una maggiore aderenza terapeutica.

Seppur le competenze comunicative e relazionali siano fondamentali per la professione infermieristica, non sempre lo spazio dedicato allo sviluppo di queste risulta sufficiente. L'importanza della relazione di cura nell'assistenza suggerisce la necessità d'individuare specifiche tecniche e modalità di sviluppo, già in fase di formazione.

Alcuni Autori hanno sperimentato occasioni educative per migliorare negli studenti infermieri alcune competenze comunicative. Cunico ad esempio ha sviluppato uno specifico percorso che prevedeva una formazione attiva (dal role playing ai colloqui) per migliorare l'empatia con risultati positivi ed incoraggianti (Cunico, 2012).

Per comprendere i contenuti e gli obiettivi da porsi nella formazione sarebbe utile poter misurare le strategie comunicative del futuro professionista, per comprendere quali sono gli atteggiamenti più in uso e quali quelli più idonei e non ad una corretta relazione di cura. Heron (1929) creò 6 modi possibili di interagire tra un cliente ed un facilitatore (3 di questi definiti atteggiamenti "autoritari", in cui il professionista propone soluzioni e strategie sulla base della propria esperienza al contrario di quelli "facilitanti" in cui invece esplora i percepiti della persona) (Burnard, 2005)

Ashmore (Ashmore, 2004) ha indagato in una popolazione di studenti infermieri tali strategie evidenziando una spiccata tendenza autoritaria (73%) nei confronti della persona assistita. Si tende ad informare o a dare soluzioni standardizzate senza lasciare che essa possa esprimere le proprie fragilità (atteggiamento facilitante).

Gran parte della letteratura sull'argomento però è stata sviluppata in paesi europei e poca è l'esperienza documentata a livello nazionale. Inoltre gran parte della letteratura sull'argomento è stata sviluppata prevalentemente in relazione al rapporto medico-paziente (Fields, 2004) ed inferiore risultano le esperienze infermieristiche sul tema.

Sulla base di questi presupposti il Laboratorio di Educazione Terapeutica del corso di Laurea in Infermieristica di Torino ha pianificato sei giornate forma-

tive con lo scopo di accompagnare lo studente infermiere ad acquisire e approfondire alcune competenze relazionali ed educative.

OBIETTIVO

Valutare il miglioramento di alcune competenze relazionali attraverso l'uso di specifici strumenti del Counseling negli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica a seguito di un intervento formativo.

MATERIALI E METODI

Disegno di Studio

Studio pilota con disegno pre-post test, multicentrico.

Campione

Campione non probabilistico di convenienza. Sono stati inclusi nel progetto gli studenti del secondo A.A., appartenenti ad una delle tre sedi del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino, con media dei voti conseguiti negli esami curricolari superiore o uguale a 25/30 (omogeneità di obiettivi didattici raggiunti). Sono state coinvolte le sedi di Molinette, TO2, TO4 poiché aderenti al progetto. È stato scelto di coinvolgere gli studenti del II A.A. poiché non ancora frequentanti il percorso formativo di Educazione Terapeutica in cui vengono affrontate tematiche legate al Counseling ed alla relazione di cura. Successivamente sulla base del gruppo identificato è stata fatta una selezione randomizzata semplice. Sono stati selezionati 65 studenti per partecipare all'intervento formativo. La scelta del numero è stata effettuata in base alle possibilità logistico-organizzative per garantire continuità del percorso formativo ed omogeneità dell'intervento.

Sono state raccolte alcune caratteristiche del campione: i dati socio anagrafici con la somministrazione di un questionario costruito ad hoc (selezionando le variabili considerate da letteratura influenti nella relazione di cura) e il livello empatico attraverso la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) (Cunico, 2003). L'empatia influisce notevolmente sul livello di abilità comunicativo-relazionale. Lo strumento, validato in lingua italiana e composto da 30 item, indaga la tendenza di un individuo ad essere più o meno responsivo alle espressioni emozionali degli altri. Ai soggetti è stato chiesto di esprimere il proprio grado di accordo (scala Likert a 7 punti, da +3 a -3 passando per lo 0) rispetto a ciascuna affermazione. È stata scelta questa scala poiché, oltre ad essere stata sperimentata e validata su una popolazione infermieristica, è completa in quanto approfondisce le diverse componenti dell'empatia emozionale ed è bilanciata

(metà item positivi e metà negativi). Per poter interpretare il risultato è stato diviso il punteggio in tre livelli di empatia: da 0 a 30 scarso livello empatico, medio dal 30 al 60 ed elevato da 60 a 90.

Intervento Formativo

Il corso di formazione è stato articolato in tre livelli formativi consecutivi, della durata di due giorni ciascuno, realizzati nell'arco di sei mesi da due formatori esperti Counselor, per un totale di sei giornate (figura 1). I tre corsi di formazione, equivalenti a tre livelli formativi, sono stati denominati:

1. Educarsi per educare
2. Educare la persona assistita alla consapevolezza del proprio percorso di cura
3. L'accompagnamento educante della persona assistita durante un trattamento medico chirurgico.

Il primo livello presentava caratteristiche propeedeutiche per aiutare lo studente ad avvicinarsi al concetto di counseling, sviluppare la consapevolezza di sé e iniziare ad apprendere i primi elementi relativi all'ascolto attivo e al significato di educazione. Nel secondo livello venivano poi approfondite le tematiche legate alla comunicazione ed all'educazione applicata nel settore sanitario intese come possibilità per l'infermiere di individuare le potenzialità di auto-cura della persona assistita. In questa fase lo studente iniziava inoltre a sperimentare attivamente i primi strumenti del counseling: il pensiero creativo e la riformulazione. L'ultimo livello mirava a rinforzare la capacità di ascolto sviluppata dallo studente per instaurare una relazione efficace con la persona assistita in uno specifico quadro di tipo medico chirurgico. In questa fase veniva mostrato allo studente come passare dall'alleanza terapeutica alla responsabilità dell'utente che diventa consapevole del proprio percorso di cura. Inoltre veniva data l'opportunità di osservare un percorso di educazione terapeutica dove la persona assistita era coinvolta e attiva nei piani assistenziali (Tabella I).

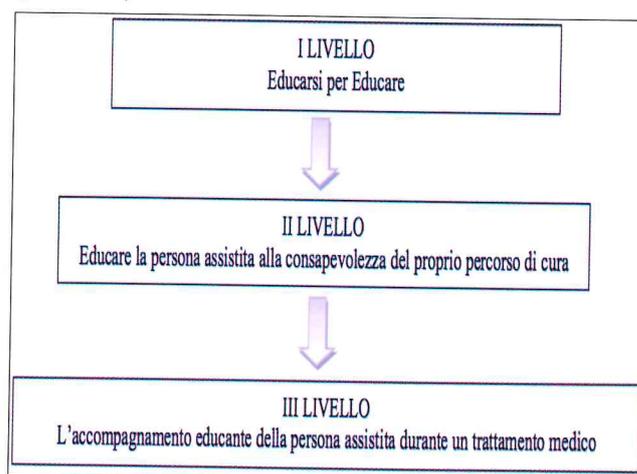


Tabella I.

AREA DI SVILUPPO DELLA COMPETENZA	STRUMENTI	ORE
<ul style="list-style-type: none"> • L'autoconsapevolezza • La cooperazione e l'uso del pensiero creativo • L'Esplorazione dei vari livelli dell'individuo (fisico, emotivo, mentale) • L'importanza della distanza corporea nella relazione interpersonale • La fiducia nella relazione IO – TU • La percezione, dell'attenzione, della presenza, del silenzio nel rapporto IO –TU • L'accompagnamento consapevole, attivo di un soggetto nel suo percorso di cura • L'analisi dei processi psicodinamici: il pregiudizio, il giudizio e le proiezioni • La possibilità di scegliere come condividere uno spazio comune creando una relazione interpersonale • Il processo educativo facendo emergere i potenziali e le qualità della persona • Una tecnica di counseling nella relazione ed educazione: l'ascolto • Il tocco nel rapporto assistenziale e la consapevolezza nell'atto che si compie 	Esercizi corporei Giochi di Gruppo Disegno	14
<ul style="list-style-type: none"> • L'attenzione alla persona • L'empatia attraverso le posture corporee • La fiducia attraverso la capacità di saper entrare in contatto con l'altro, individuando le potenzialità utili al cambiamento di uno stato dell'essere • Le funzioni psichiche nell'educazione terapeutica • La mente intuitiva per sviluppare il pensiero creativo sia da parte della persona assistita che del professionista • L'influenza degli stati emotivi nel quotidiano professionale • La riformulazione: una tecnica di counseling efficace sia nell'educazione terapeutica che nel percorso assistenziale • L'utilizzo delle qualità nel rapporto IO – TU : ostacoli e potenzialità 	Esercizi corporei Giochi di Gruppo Role-playing Narrazione	14
<ul style="list-style-type: none"> • L'accoglienza dell'altro nel qui ed ora senza pensieri strutturati • L'influenza dei pensieri nell'ascolto • L'utilizzo del respiro nella percezione del proprio corpo • Lo sviluppo dell'empatia • L'autoaffermazione e riconoscimento dell'altro: aspetti presenti nell'educazione terapeutica • L'utilizzo della parola nel creare uno spazio comunicativo • I sogni come strumenti di condivisione di alcuni stati d'animo • L'utilizzo della visualizzazione ed immaginazione creativa nel percorso assistenziale e nell'educazione terapeutica • L'utilizzo del disegno come strumento per permettere alla persona assistita di esprimere il proprio disagio 	Esercizi corporei Giochi di Gruppo Disegno	14

Tab.I Formazione specifica: obiettivi per competenze, strumenti e tempi d'aula.

RIFORMULAZIONE	EFFETTO SULLA PERSONA ASSISTITA	EFFETTO SULL'INFERMIERE
INDAGATRICE	posizione passiva e di difesa (la persona smette di essere)	Desiderio di scoperta, impazienza, difficoltà
VALUTATIVA	posizione dipendente (aumenta il disagio): ansia – rabbia - sfiducia	Conferma, potere, giudizio
RISOLUTIVA	perdita nell'identità (antitesi del poter essere e di volere)	Paura di perdita del controllo. Ci si sostituisce al cliente.
INTERPRETATIVA	Solitudine: distacco – enfatizza il negativo vivendo così due disagi	Giudizio e personale desiderio di comprensione.
SOSTEGNO	negazione delle emozioni (si nega ciò che l'altro sente): paralisi emozionale	Supporto senza entrare in contatto con le proprie emozioni.
COMPRESIONE	accettazione, fiducia, ascolto ed accoglienza. Si sviluppa il senso di AUTOSTIMA ed il superamento della solitudine esistenziale.	Effetto di disidentificazione.

Tab.II Gli effetti identificati per ogni strategia relazionale di riformulazione messa in atto

Strumenti di Outcome

L'oggetto di valutazione sono le capacità di riformulazione (strumento specifico delle abilità del Counseling) acquisite dal discente. Gli aspetti sono stati misurati a tempo 0 (PRE) ovvero prima dell'intervento formativo proposto ed a tempo 1 (POST), al termine di esso.

Capacità di Riformulazione

Per misurare lo stile comunicativo – relazionale e la capacità di riformulazione sono stati somministrati 20 brevi colloqui tra professionista sanitario ed un ipotetico interlocutore (De Fabio, 2003). Ognuno descriveva un problema di natura sanitaria, educativa o sociale

CARATTERISTICHE CAMPIONE (N=62)		
Età (media ± DS)	23 ± 5	
Genere	N	%
F	52	84
M	10	16
Stato civile		
celibe / nubile	9	14
coniugato	46	74
altro	7	12
N° componenti Nucleo Familiare (media ± DS)	4 ± 0.86	
Studenti - Lavoratori	7	11
Possesso di altra Laurea	8	12
Voto Maturità Scuola Media Superiore (media ± DS) †		
voto 60-80	40	65
voto 80-100	22	35

Tab.III caratteristiche campione † valore calcolato in centesimi, dove 60 è il minimo punteggio raggiungibile.

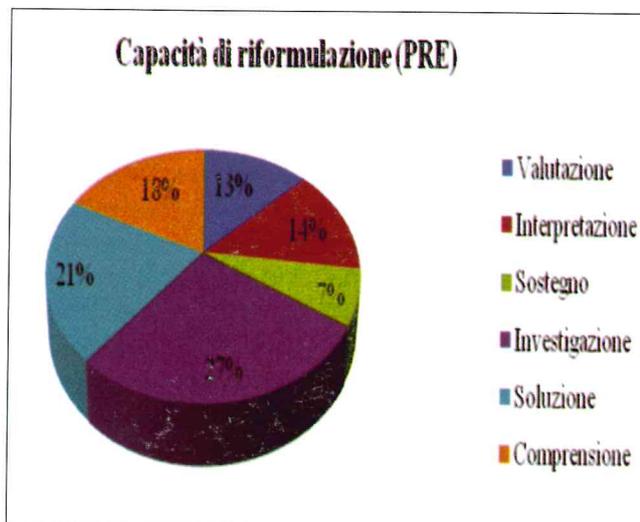


Fig 2. Capacità di riformulazione prima dell'intervento formativo

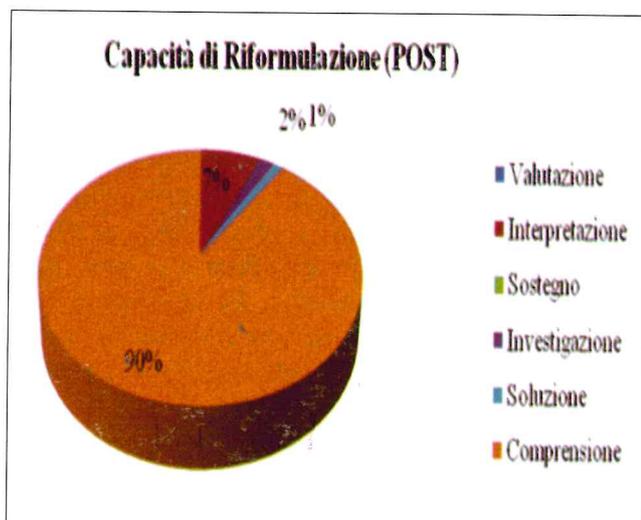


Fig 3. Capacità di riformulazione a seguito dell'intervento formativo (POST)

ed era associato ad un set di sei possibili risposte. Lo studente poteva scegliere una sola risposta al fine di formulare un colloquio educativo utile a comprendere meglio il problema manifestato dall'utente. Ogni risposta era riconducibile alle sei seguenti categorie:

- atteggiamento valutativo
- atteggiamento interpretativo
- atteggiamento di sostegno-consolazione
- atteggiamento investigativo
- atteggiamento risolutivo
- atteggiamento di comprensione e facilitazione.

L'atteggiamento di comprensione, è quello che meglio comunica il desiderio di capire davvero la persona e di accompagnarla a esplorare la sua situazione. L'atteggiamento di comprensione si differenzia da tutti gli altri perché non è centrato sul professionista, ma sulla persona assistita che rimane al centro dell'interesse dell'operatore e nasce dal tentativo di entrare nel problema così come è vissuto dalla persona. Qui di seguito è stato costruito ad hoc dai Counselor Formatori una tabella riassuntiva (Tab. II) degli effetti che ogni tipologia relazionale può avere sul professionista e sul paziente.

Analisi dei Dati

I dati sono stati inseriti ed elaborati con il programma Excel. I risultati sono stati presentati mediante distribuzioni di frequenza e indici di posizione centrale (media e mediana) e dispersione (DS e range). Per confrontare variabili quantitative dicotomiche (capacità di riformulazione) è stato utilizzato il test χ^2 con correzione di Yates. I valori di p sono a 2 code e sono considerati statisticamente significativi se < 0.05 . I dati sono stati analizzati con il software Primer®.

Aspetti Etici

Il consenso alla partecipazione allo studio è stato raccolto per via telematica. E' stata garantita la confidenzialità dei dati degli studenti. Le schede di raccolta dati erano anonime, munite unicamente di un codice numerico per poter identificare il confronto individuale tra pre e post studio.

RISULTATI

Il percorso formativo si è svolto nel periodo intercorso tra il mese di settembre 2010 ed il mese di febbraio 2011. Hanno partecipato all'intero percorso formativo e risposto al questionario 62 studenti coinvolti nell'indagine (95%). Sono estati esclusi 3 studenti causa partecipazione parziale all'intervento proposto (partecipazione ad uno solo o due dei tre livelli del percorso formativo).

Categoria	Tempo 0 (PRE)		Tempo 1 (POST)		p value
	N risposte	%	N risposte	%	
Valutazione	169	13	0	0	< 0.01
Interpretazioni	184	14	88	7	< 0.01
Sostegno	90	7	0	0	< 0.01
Investigazione	347	27	30	2	< 0.01
Soluzione	276	21	11	1	< 0.01
Comprensione	234	18	1111	90	< 0.01
Tot.	1300	100	1240	100	< 0.01

Tab.IV distribuzione risultati capacità di Riformulazione

Le caratteristiche del campione sono riportate nella tabella III.

Per quanto riguarda le caratteristiche del campione in termini di capacità empatiche possedute, il valore medio del BEES è di 41 punti (\pm DS 11.5). Quasi tutti gli studenti (57/62, 92%) possiedono un livello di capacità empatiche medio (da 30 a 60 punti), mentre nessuno riporta capacità empatiche elevate (\geq 60). I valori sono sovrapponibili tra le tre sedi accademiche coinvolte nello studio. Nessuna variabile socio-demografica del campione risulta aver alcuna correlazione con i valori empatici dimostrati.

I dati relativi alla capacità di riformulazione sono stati raccolti ad un tempo 0 (PRE) e ad un tempo 1 (POST), a cui corrisponde il periodo antecedente e seguente il percorso formativo di Counseling svolto con i 62 studenti. I risultati emersi sono stati riportati nella tabella IV.

DISCUSSIONE

Lo scopo del lavoro era quello di valutare l'appropriatezza di un intervento formativo di Counseling in termini di miglioramento di alcune strategie relazionali messe in atto per far fronte a problemi di carattere educativo. L'aspetto formativo rimane un aspetto cardine del processo di apprendimento di un professionista ecco perché risulta fondamentale creare occasioni e stimoli di verifica, per incrementare la coscienza riflessiva e la consapevolezza dell'individuo.

Nei contesti accademici internazionali l'interesse verso tale ambito di sviluppo formativo nelle professioni così dette "d'aiuto" sembra aver trovato maggior interesse e sensibilità (Ozcan, 2001; Sherman, 2005).

Nel seguente lavoro, attraverso l'approfondimento di specifiche strategie di Counseling da metter in atto in situazioni - problema di carattere educativo, sono stati svolti i sei incontri. Dal progetto qui riportato, l'intervento formativo ha prodotto negli studenti

sostanziali differenze nelle capacità di riformulazione: infatti, alla prima somministrazione dei colloqui, solo il 18% degli studenti ha risposto dimostrando un atteggiamento di Comprensione per poi elevarsi al 90% già dopo la prima parte del corso. In letteratura gli atteggiamenti di non comprensione vengono definiti di "ostacolo" all'ascolto ed alla comunicazione. L'atteggiamento di comprensione, invece, è diametralmente opposto all'atteggiamento valutativo. Esso serve per assicurarsi di aver ben compreso ciò che l'altro voleva dire e permette alla persona assistita di sentirsi accettata, ascoltata e coinvolta nel percorso di cura. È questo sincero desiderio che faciliterà la strutturazione della fiducia nell'altro e gli consentirà di aprirsi al colloquio sino a raggiungere una libera espressione di se stesso (De Fabio, 2003). I risultati emersi dal progetto sono gratificanti in termini di raggiungimento di risultato formativo.

La scelta dell'intervento formativo è stata frutto di approfondite ricerche e pregresse esperienze del Laboratorio Didattico. Nella letteratura si è concordi ormai nell'affermare che la formazione più efficace ancor più se si lavora su aspetti relazionali e comunicativi debba essere svolta coinvolgendo lo studente in maniera attiva (Ashmore, 2004). Il percorso, suddiviso, in più giornate, poiché anche la diluizione nel tempo sembra aiutare la sedimentazione dei contenuti, ha coinvolto attivamente il discente mettendolo in gioco attraverso dialoghi, colloqui, esercitazioni, giochi di gruppo e role-playing.

Sarebbe opportuno verificare che tali strategie adottate dal discente persistano nel tempo. Cutcliffe sostiene infatti che percorsi ben strutturati di coinvolgimento attivo dello studente possano portare a modifiche che si consolidano nel tempo (Cutcliffe, 1999) Ma la gran parte degli autori sono concordi nell'affermare il contrario, ovvero che sia utile stimolare il professionista in modo costante su tematiche così complesse e ampie come la relazione di cura. Ecco perché il CLI si è preposto l'obiettivo di sviluppare successivi percorsi di formazione prevedendo dei *follow up* post formazione.

Uno dei principali limiti dello studio è il ristretto numero di studenti coinvolti nell'intervento (62), che non permette di ipotizzare una rappresentatività del campione. Inoltre il campione identificato è di convenienza, poiché selezionato dalla Facoltà su esito curricolare (buoni esiti accademici), pertanto anche tale aspetto non permette di osservare il fenomeno su una popolazione rappresentativa dell'intera Facoltà presa in esame.

L'aspetto della riproducibilità rimane un limite intrinseco ad ogni lavoro svolto in ambito formativo: le competenze del formatore esperto sull'argomento possono influenzare in parte la maggiore o minore riuscita del risultato, non permettendo spesso di poter

riprodurre l'evento con i medesimi risultati. Sarebbe utile poter proseguire in futuro svolgendo studi di carattere sperimentale con un gruppo di confronto per capire in che termini tali processi formativi possano influenzare l'apprendimento e quanto l'intervento sia realmente causa di tale miglioramento.

CONCLUSIONI

Concordi nell'affermare che le competenze comunicative relazionali educative siano tra le competenze basilari nella professione infermieristica ed in generale delle professioni così dette d'aiuto, il Corso di Laurea in Infermieristica di Torino ha progettato ed erogato un percorso formativo dedicato all'approfondimento di alcune strategie relazionali del Counseling.

Dal percorso formativo, composto da 6 giornate e dedicato ad un gruppo selezionato di studenti del Corso di Laurea, si è osservato un notevole miglioramento nell'usare strategie di comprensione per far fronte a problematiche di carattere educativo di una persona assistita. La strategia di comprensione si sa essere un atteggiamento chiave per far fronte a problematiche complesse, poiché lontana da atteggiamenti valutativi e giudicanti, più ampiamente diffusi e di dimostrata poca efficacia. L'esperienza dimostra quanto sia importante e utile ricorrere a momenti di confronto e formazione inerenti il miglioramento delle competenze relazionali in un professionista che basa gran parte del proprio agire su tale aspetto.

Sarebbe utile in futuro ampliare l'esperienza ad un numero superiore di discenti ed attraverso uno studio di carattere sperimentale provare a dimostrarne il nesso causale che legghi l'esperienza ed il miglioramento di tali competenze, provando inoltre a registrarne il fenomeno a distanza di tempo.

BIBLIOGRAFIA

- Artioli G, Montanari R, Saffiotti A (2004) Counseling e professione infermieristica. Teoria, tecnica, casi. Roma: Carocci.
- Ashmore R, Banks D. (2004) Student nurses' use of their interpersonal skills within clinical role-plays. *Nurse Education Today*, 24, 20-9.
- Binetti P, Mordanini V, Ferrazzoli F. (2002) Un'esperienza integrata di counseling infermieristico e psicoterapia breve nell'assistenza al paziente oncologico: risultati preliminari. *International Nursing Perspectives*, 2, 87-96.
- Burnard P, Morrison P. (2005) Nurses' perceptions of their interpersonal skills: a descriptive study using six category intervention analysis, 25, 612-7.
- Cunico L, Meneghini AM, Sartori R. (2003) La misura dell'atteggiamento empatico negli infermieri: una prima somministrazione della B.E.E.S. in lingua italiana. *DiPAV*, 7, 125-40.
- Cunico L, Sartori R, Marognolli O, Meneghini AM. (2012) Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016-25.
- Cutcliffe JR, Cassey P. (1999). The development of empathy in students on a short, skills based counseling course: a pilot study. *Nurse Education Today*, 19, 250-7.
- De Fabio AM. (2003) Counseling e relazione d'aiuto. Linee guida e strumenti per l'autoverifica Firenze: Giunti Editore.
- Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Kane G, Magee M. (2004) Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation and the Health Professions*, 27, 80-94.
- Haque OS, Waytz A. (2012) Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7,176-86.
- Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. (2000). Communicator styles of hospital patients during nurse-patient counseling. *Patient Education Counseling*, 41,161-80.
- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. (2004) The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation and Health Profession*, 27,237-51.
- Meier ST, Davis SR. (2011) Guida al Counseling. Cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto. Milano: Franco Angeli.
- Meneghini, A.M., Sartori, R., Cunico, L., 2006. Adattamento e validazione su campione italiano della Balanced Emotional Empathy Scale di A. Mehrabian. *Ricerche Psicol.*29, 123-52.
- Mucchielli R. (2008) Apprendere il Counseling. Manuale di autoformazione al colloquio d'aiuto. Lavis: Erickson.
- Ozcan NK, Bilgin H, Eracar N. (2001) The Use of Expressive Methods for Developing Empathic Skills. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 131-6.
- Sherman JJ, Cramer A. (2005) Measurement of Changes in Empathy during Dental School. *Journal of Dental Education*, 69, 338-45.
- Silvestro A. (2009) Commentario al Codice Deontologico dell'Infermiere. Milano: McGraw Hill.
- Taylor M. (1993) The nurse-patient relationship. *Senior Nurse*, 13, 14-8.

