



Come migliorare l'approccio educativo sul paziente: *Learning Styles*

*How to improve our patient educational approach:
Learning Styles*

Gaetano Mario Fioretti, Francesca Ferrario, Susanna Pagella

Ergoterapia Manoegomito c/o Centro Manoegomito – Clinica Ars Medica, Gravesano, Lugano, Svizzera

Riassunto

Introduzione. Svareti articoli in letteratura paragonano diversi supporti per lo svolgimento di programmi di esercizi a casa per i pazienti: foglio cartaceo oppure l'uso dello smartphone. I risultati di questi articoli mostrano che i supporti digitali danno risultati migliori dei cartacei, ma non considerano la preferenza dei partecipanti. Godwin nel 2000 ha dimostrato che i pazienti ricordano il 25% delle informazioni trasmesse in un'iniziale consultazione. Ma se la differenza di compliance non si basasse unicamente sui supporti utilizzati ma sul tipo di apprendimento di ogni singolo individuo?

Metodo. Quest'anno abbiamo condiviso con la collega Sarah Ewald (Zurigo, CH) una lettura magistrale. Abbiamo approfondito l'argomento in maniera personale entusiasti dall'argomento. La ricerca bibliografica è stata fatta su Pubmed, Embase e Scholar.

Risultati. Dunn e Dunn affermano che le persone possono imparare nuove nozioni più facilmente se utilizzano il loro metodo di apprendimento a cui sono maggiormente affini. Reiff nel 1992 individua 4 tipi di apprendimento: visuale, uditivo, tattile e un mix di tutti. Il test di Vark permette di identificare il tipo di apprendimento prediletto di ognuno.

Conclusioni. Il compito dei terapisti è di non limitarsi a usare la metodologia di insegnamento a noi più confacente ma prediligere quella di apprendimento del paziente per massimizzare la buona riuscita del nostro trattamento riabilitativo.

Parole chiave: educazione, apprendimento terapia della mano, compliance, riabilitazione

Summary

Introduction. Several articles in the literature compare different media tools for conducting exercise programs at home for patients: paper sheet or the use of the smartphone. The results of these articles show that digital media give better results than paper media, but they do not consider participants' preference. Godwin in 2000 showed that patients remembered 25% of the information conveyed in an initial consultation. But what if the difference in compliance was not based solely on tools used but on learning styles of each individual?

Corrispondenza:

Gaetano Mario Fioretti
mariogaetanofioretti@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Fioretti GM, Ferrario F, Pagella S. Come migliorare l'approccio educativo sul paziente: *Learning Styles*. Rivista Italiana di Chirurgia della Mano 2023;60:9-13. <https://doi.org/10.53239/2784-9651-2023-2>

© Copyright by Pacini Editore Srl



OPEN ACCESS

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CCBY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Methods. *This year we shared a masterful reading by colleague Sarah Ewald (Zürich, CH). We delved into the topic in a personal way enthused by the topic. The literature search was done on Pubmed, Embase and Scholar.*

Results. *Dunn and Dunn state that people can learn new knowledge more easily if they use their method of learning to which they are most akin. Reiff in 1992 identifies 4 types of learning: visual, auditory, tactile and a mix of all. Vark's test makes it possible to identify each person's learning style.*

Conclusions. *The task of therapists is to not only use the teaching methodology that suits us best but to prefer the patient's learning style to maximize the success of our rehabilitation treatment.*

Key words: *education, learning, hand therapy, compliance, rehabilitation*

Introduzione

Paul Watzlawick descrisse gli assiomi della comunicazione come proprietà comunicative con implicazioni relazionali. L'assioma fondamentale, e il primo, della pragmatica della comunicazione è il famoso principio per il quale non è possibile non comunicare. La comunicazione è un fenomeno complesso con una serie di variabili da considerare che risultano fondamentali affinché risulti efficace¹.

All'interno di un processo comunicativo gli attori hanno la possibilità di riferirsi tramite il linguaggio.

Il linguaggio dei terapisti e quello della medicina condividono molte caratteristiche perché sono proprio imparentati. Detto in altri termini: non esiste una terminologia prettamente riabilitativa, se non quella medica dove il linguaggio dei terapisti è permeato dalla nomenclatura specialistica medica poiché ha bisogno di un lessico di base per descrivere la materia di cui di occupa. Si usano i termini soprattutto dall'ambito delle branche della medicina come: anatomia descrittiva e funzionale, fisiologia del sistema muscolo-scheletrico, chirurgia, patologia di interesse riabilitativo, ortopedia e traumatologia. Questo linguaggio è dotato di un lessico abbastanza particolare e di alcuni tratti morfologici peculiari, ma generalmente il suo carattere è poco specializzato e il vocabolario non strettamente specifico, il che fa sì che è accessibile a una larga cerchia di utenti. Si tratta di un territorio di confine con la lingua comune. Nella comunicazione con il paziente, i terapisti, tendono a comunicare il più semplice e possibilmente chiaro, rinunciano agli specialismi ed evitano le voci opache che richiedono conoscenze specifiche per essere comprese².

Molti articoli negli anni hanno comprovato l'importanza educativa e l'efficienza comunicativa nella relazione duale tra paziente e professionista sanitario.

Già negli anni '70 Ley³ descrisse un modello che per primo ha cercato di combinare le interazioni tra i fattori intrinseci dei pazienti e la relativa aderenza terapeutica.

Nel 2002 Sheftell⁴ descrisse come una autentica ed empatica comunicazione tra paziente e terapeuta ha comprovato effetti benefici sull'outcome finale. L'anno successivo

Teutsch⁵ definì che la soddisfazione del paziente per le cure ricevute dipende in gran parte da come l'operatore sanitario reagisce al loro bisogno di informazioni.

Ai nostri occhi appaiono come ovvietà teoriche ma con la nostra pratica non convergono.

Nel 1998, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁶ definisce che molti professionisti del nostro settore hanno una mancanza di competenze per fornire ai propri pazienti una adeguata educazione terapeutica.

Il fine è alquanto ovvio ma i mezzi per raggiungerlo non lo sono altrettanto. Dati alla mano:

Kessels⁷ ci dice che le situazioni di stress provocano una diminuzione della capacità di assorbire nuove informazioni. I pazienti dimenticano il 40-80% di ciò che viene detto loro. Quasi il 50% di ciò che ricordano è incompleto o non corretto.

A fondamento di questa teoria Godwin⁸ illustra un caso tipico della sua pratica. A 38 dei suoi pazienti che devono essere sottoposti a intervento chirurgico spiega i dodici punti chiave dell'intervento. Sei giorni più tardi sono state poste loro delle domande riguardando i punti precedentemente discussi. Mediamente i pazienti hanno ricordato 3 dei 12 punti discussi (il solo 25%).

Negli anni medici e terapisti si sono prodigati nel cercare la migliore forma comunicativa per veicolare le informazioni ai pazienti in maniera efficace.

Svariati articoli in letteratura paragonano diversi supporti per lo svolgimento di programmi di esercizi a casa per i pazienti: foglio cartaceo (foto, disegno, descrizione) oppure l'uso dello smartphone (applicazioni, video, foto)^{9,10}.

I risultati di questi articoli mostrano che i supporti digitali danno risultati migliori dei cartacei, ma non considerano la preferenza dei partecipanti. Altri studi hanno invece permesso la scelta del supporto identificando il digitale come preferenza principale¹¹.

Ma se la differenza di compliance o veicolazione delle informazioni non si basasse unicamente sui supporti utilizzati ma sul tipo di apprendimento di ogni singolo individuo?

Metodo

La domanda di ricerca effettuata tramite metodo PICO nasce a seguito di una lettura magistrale della collega Sarah Ewald¹² che abbiamo deciso di indagare in maniera approfondita attraverso l'analisi del più recente stato d'arte attuale della letteratura.

La lettura magistrale è stato il *fil rouge* che ci ha permesso di individuare gli studi base che con un approccio *top-down* ci ha portati a indagare anche i più piccoli dettagli degli argomenti individuati. Il congresso congiunto SICM e AIRM 2022 ha avuto come argomento principale l'educazione in chirurgia e riabilitazione della mano e per questo abbiamo deciso di portare questo lavoro nato come approfondimento personale.

La domanda di ricerca effettuata è stata: Come può un terapista, all'interno del setting di terapia, essere efficace nel passaggio di informazioni riabilitative e/o strategie di compliance affinché il processo di presa a carico risulti definito e l'outcome sia ottimale per paziente e/o caregiver?

La ricerca è stata effettuata sulle banche date Pubmed, Embase e Scholar utilizzando le parole chiavi "Educazione", "Apprendimento", "Terapia della Mano", "Compliance", "Riabilitazione" in ordine multiplo e in coppie miste. La ricerca bibliografica con data più recente è stata effettuata in data 21.09.2022.

Gli articoli selezionati per lo svolgimento della presentazione del congresso e di conseguenza del presente articolo sono stati 22.

Risultati

Orkun e Rice¹³ definiscono un tassello fondamentale che favorisce o ostacola il passaggio efficace delle informazioni verso il nostro interlocutore. Gli autori dimostrano con il loro articolo che le informazioni mediche che confermano le convinzioni esistenti, dei pazienti, vengono ricordate meglio delle informazioni che contraddicono le loro convinzioni.

A questo punto ci siamo posti di fronte a un possibile cambio di paradigma. La sola comunicazione di informazioni si sarebbe potuta trasformare in un processo educativo di insegnamento. L'insegnamento enfatizza l'acquisizione di conoscenze che porta a un cambiamento nel comportamento (avendo una impronta educativa), mentre dare informazioni è fine a se stesso, con poca o nessuna preoccupazione su come l'informazione viene ricevuta e assimilata. Ma per poter insegnare è necessario comprendere come le persone acquisiscono le informazioni affinché i concetti possano essere assimilati e rimanere significativi.

L'individualità di ogni soggetto comporta che ogni persona ha un suo personale stile di apprendimento. Uno stile di apprendimento è il modo in cui una persona si concentra, elabora e interiorizza informazioni nuove o difficili. Molte persone possono imparare cose facili senza utilizzare il proprio

stile di apprendimento, ma tutte le persone possono imparare informazioni nuove e difficili meglio quando sfruttano il loro stile di apprendimento. Dunn e Dunn¹⁴ affermano che le persone possono imparare nuove nozioni più facilmente se utilizzano il loro metodo di apprendimento a cui sono maggiormente affini.

Reiff¹⁵ individua 4 tipi di apprendimento: visuale, uditivo, tattile e un mix di tutti.

L'incidenza di questi stili di apprendimento nelle persone si suddivide in:

- visiva: 25-30%;
- uditiva: 25-30%;
- tattile: 15%;
- mix delle tre componenti: 25-30%.

Normalmente il proprio stile di apprendimento influenza il proprio stile di insegnamento ma non per forza il nostro stile di insegnamento è adeguato all'apprendimento del nostro interlocutore. Il Vark¹⁶ è un test tradotto in svariate lingue ma con traduzioni non validate, composto da tredici item, disponibile online che permette di identificare il proprio e altrui stile di apprendimento. L'obiettivo è quello di sintonizzarci in maniera efficace con il canale ricettivo del nostro paziente.

Il risultato è che la congruenza di codifica e decodifica della comunicazione comporta il passaggio corretto della nozione. Ulteriori condizioni generali che favoriscono l'apprendimento sono illustrate da Kessels⁷ che sottolinea come le informazioni specifiche vengono assorbite meglio di informazioni generali. Le informazioni vengono definite specifiche se correlate alla vita quotidiana del paziente da qui il classico esempio di scandire gli esercizi coi pasti.

Lo studio di Giuse et al.¹⁷ dimostra in maniera evidente che in un contesto clinico la personalizzazione dei materiali educativi in base al livello di alfabetizzazione sanitaria e allo stile di apprendimento preferito migliora l'assimilazione delle informazioni sanitarie da parte dei pazienti rispetto a un gruppo controllo.

Lo stato d'arte attuale sta evidenziando come questo paradigma incentrato sul paziente sia efficace¹⁸ utilizzando come focus di ricerca la sua preferenza e il suo stile di apprendimento¹⁹, facilitando così il richiamo di quanto appreso. Sono molteplici gli autori che iniziano a produrre pubblicazioni su numerose e differenti domande di ricerca mantenendo il focus sulla preferenza di apprendimento del paziente in ogni differente contesto²⁰⁻²².

Discussione

In alcune pratiche lavorative soprattutto in quelle di emergenza è assolutamente comprensibile che in una decina di minuti non si abbia il tempo di somministrare un test con

tutte le mansioni richieste. Il Vark è un test non validato nelle differenti lingue ma indicativo che può comunque darci delle informazioni fondamentali per la nostra pratica clinica. A questo proposito potrebbe essere interessante per dei colleghi attivi nella pratica di validazione approcciarsi a questo strumento affinché possa avere una valenza scientifica migliore.

Rimane però fondamentale individuare quale sia il canale corretto del passaggio di informazioni anche se impossibilitati nell'utilizzo di strumenti come il Vark.

Una seconda possibilità, anche se meno oggettiva, è raccogliere le informazioni durante i dialoghi in terapia attraverso una valutazione verbale. Un esempio calzante su questa eventualità potrebbe essere raccogliere informazioni su un paziente di professione cuoco inducendolo il paziente a rivelarci qual è la sua tecnica di riproduzione di alcune ricette.

Se il paziente preferisce leggere il libro di ricette ha molto probabilmente un potenziale visivo. A oggi il mondo di internet è costellato di video e tutorial su piattaforme di riproduzione video. Questa eventualità aggiungerebbe anche un potenziale auditivo aggiuntivo rispetto al libro di ricette. Se invece il paziente preferisce la presenza di un amico/collega che conosce il procedimento e lo riproduce insieme a quest'ultimo verosimilmente avrà un potenziale tattile/cinestesico. Se invece il metodo per lui è indifferente e varia spesso tra tutte le possibilità precedenti molto probabilmente avrà un apprendimento tramite un mix delle tre componenti.

Dopo aver valutato il potenziale di apprendimento del nostro interlocutore a questo punto dobbiamo interagire in maniera accurata.

Per chi ha uno stile visivo risulterà utile e indispensabile delle dispense edulcorate da diagrammi, disegni oppure dei file fotografici o video anche girati dallo stesso paziente.

Per i pazienti che diversamente avranno uno stile di apprendimento uditivo sarà importante inserire all'interno del dialogo delle parole chiave definite che andranno ripetute spesso in maniera chiara ed evidente. A complemento di quest'ultimo approccio è possibile che risulti di rilievo anche l'utilizzo di registrazioni audio, video o podcast sull'argomento.

Per i pazienti con apprendimento cinestesico sarà importante "sentire" fisicamente la consegna. Potrebbe essere utile posizionare l'arto in maniera corretta a occhi aperti e/o chiusi, far percepire un esercizio attraverso i movimenti provando in maniera assistita i movimenti richiesti e chiedendogli di riprodurli attivamente sempre con occhi aperti e/o chiusi. Per i pazienti con apprendimento mixato semplicemente un mix dei tre a preferenza, gli si mostrerà un ventaglio di opzioni tra cui scegliere.

Conclusioni

L'insegnamento attraverso un approccio educativo è da prediligere rispetto al mero passaggio di informazioni.

Il compito dei terapeuti è di non limitarsi a usare la metodologia di insegnamento a noi più confacente ma prediligere quella di apprendimento del paziente per massimizzare la buona riuscita del nostro trattamento riabilitativo.

Gli articoli individuati dimostrano una serie di vantaggi per il paziente in termini qualitativi e quantitativi tra cui: una miglior comprensione e approfondimento dello stato di salute, comprensione delle strategie operative e del piano terapeutico, miglior aderenza terapeutica, aumento della soddisfazione, raggiungimento di obiettivi realistici prefissati e infine minori complicazioni.

I vantaggi non si limitano ai pazienti. A beneficiare dei summenzionati benefici dei pazienti lo sono anche gli attori di cura che attraverso un approccio educativo riescono anch'essi ad avere vantaggi qualitativi e quantitativi tra cui: miglior utilizzo del servizio da parte dei pazienti che ricorrono a meno telefonate e meno controlli (*cost savings* personali e del sistema sanitario), miglior feedback sul servizio, minori *risk management*, minori complicazioni e infine migliori outcome globali.

Bibliografia

- 1 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. Pragmatica della comunicazione umana. Roma: Editore Astrolabio-Ubaldini 1971.
- 2 Murmann J. Introduzione al linguaggio della fisioterapia. Fenomeni linguistici rilevanti della comunicazione in ambito riabilitativo. *Neophilologica* 2018;(30):197-211.
- 3 Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 1979;18:245-255.
- 4 Sheftell FD. Communicating the right therapy for the right patient at the right time: acute therapy. *Can J Neurol Sci* 2002;29(Suppl. 2):S33-S39. <http://doi.org/10.1017/S031716710000192X>
- 5 Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003;87:1115-1145. [http://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](http://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
- 6 World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. Torino: CESPI 1998.
- 7 Kessels RPC. Patient's memory for medical information. *J Royal Soc Med* 2003;96:219-222. <http://doi.org/10.1258/jrsm.96.5.219>
- 8 Godwin Y. Do they listen? A review of information retained by patients following consent for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 2000;53:121-125. <http://doi.org/10.1054/bjps.1999.3220>
- 9 Blanquero J et al. Exercises using a touchscreen tablet application improved functional ability more than an exercise program prescribed on paper in people after surgical carpal tunnel release: a randomised trial. *J Physiother* 2019;65:81-87. <http://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.02.008>

- ¹⁰ Blanquero J et al. Feedback-guided exercises performed on a tablet touchscreen improve return to work, function, strength and healthcare usage more than an exercise program prescribed on paper for people with wrist, hand or finger injuries: a randomised trial. *J Physiother* 2020;66:236-242. <http://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.09.012>
- ¹¹ Ouegnin A & Valdes K. Client preferences and perceptions regarding a written home exercise program or video self-modeling: a cross-sectional study. *J Hand Ther* 2020;33:67-72. <http://doi.org/10.1016/j.jht.2018.09.006>
- ¹² Ewald S. Enhancing patient's information uptake: perspective tools, tips and tricks. Presentato il 18.05.2022 presso la SUPSI di Manno (Svizzera).
- ¹³ Orkun MA, Rice GE. The effects of personal relevance of topic information on older adults accurate recall of written medical passages about osteoarthritis. *J Aging Health* 2001;13:410-429. <http://doi.org/10.1177/089826430101300305>
- ¹⁴ Dunn R, Dunn KJ. Learning styles / teaching styles: should they, can they be matched? *Educ Leadersh* 1979;36:238-244.
- ¹⁵ Reiff JC. Learning styles. What research says to the teacher. Washington, DC: National Education Association 1992.
- ¹⁶ Fleming N, Mills C. Not another Inventory, Rather a Catalyst for Reflection. *To improve the Academy* 1992;11:137-155. Available at: <https://vark-learn.com/questionario-vark/>
- ¹⁷ Giuse NB, Koonce TY, Storrow AB, Kusnoor SV, Ye F. Using Health Literacy and Learning Style Preferences to Optimize the Delivery of Health Information. *J Health Commun* 2012;17(Suppl. 3):122-140. <http://doi.org/10.1080/10810730.2012.712610>
- ¹⁸ King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: A narrative review. *J Grad Med Educ* 2013;5:385-393. <http://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>
- ¹⁹ Roberts MK, Evans AE, Willover LK, Ehde DM, Alschuler KN. Patient-centered framework for rehabilitation research in outpatient settings. *Arch Phys Med Rehabil* 2022;103:1684-1692. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.02.016>
- ²⁰ Novak CB, Mak L, Chang M. Evaluation of written and video education tools after mallet finger injury. *J Hand Ther* 2019;32:452-456. <http://doi.org/10.1016/j.jht.2018.03.005>
- ²¹ Priora L, Stojmenova R, Fioretti GM, Tami I. Home exercise program modalities in carpal tunnel release rehabilitation: hand-out or smartphone. Presentato il 25.11.21 al Swiss Hand Surgery & Hand Therapy Congress in Zürich (Svizzera).
- ²² Ferguson M, Brandreth M, Brassington W, Leighton P, Wharrad H. A randomized controlled trial to evaluate the benefits of a multimedia educational program for first-time hearing aid users. *Ear and Hearing* 2016;37:123-136. <http://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000237>