

Il Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina. Punti fermi, cambiamenti e sfide aperte a dieci anni dalla sua introduzione.56, 2012, pp.2511-2514, DOI: 10.4487/medchir2012-56-6

<http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/punti-fermi-cambiamenti-e-sfide-aperte-a-dieci-anni-dalla-sua-introduzione/>

November 7, 2012

Abstract

The aim of this paper is to describe the experience of a 100 hrs/student mandatory Course on "Communication and Relationship in Medicine" at the S. Paolo-ICH School of Medicine, University of Milan, introduced in the academic year 1998/99; the paper discusses: 1. the original structure of the Course and the changes introduced; 2. the evaluation methods; 3. the evaluation of the Course by the students; 4. the didactic efficacy. The conclusion discusses the need of the integration of a course on communication into the medical curriculum and the need of continuing medical education in this field.

Articolo

Introduzione

La letteratura internazionale sottolinea da anni l'importanza di insegnare e valutare gli aspetti comunicativi e relazionali della visita medica attraverso specifici percorsi formativi nei curricula universitari¹. A livello internazionale, esperienze ultradecennali hanno dato importanza soprattutto all'utilizzo di strategie didattiche attive, alla longitudinalità dei percorsi formativi e all'integrazione con la clinica^{2;3}.

In Italia l'insegnamento di tali competenze è caratterizzato ancora da una grande disomogeneità e diversificazione delle proposte (corso integrato, moduli all'interno di corsi integrati, corsi elettivi, singole lezioni), dei crediti formativi, degli argomenti trattati, dei metodi pedagogici, e delle modalità di valutazione certificativa⁴.

In questa varietà di offerta formativa, l'esperienza del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia di Unimi appare particolarmente significativa. Qui è infatti stato introdotto dall'anno accademico 1998/1999 un Corso integrato di *Comunicazione e Relazione in Medicina* di 100 ore/studente. A dieci anni dal termine della sua prima edizione, il presente lavoro intende:

- descrivere l'organizzazione del Corso e le modifiche introdotte negli anni;
- descrivere le modalità di esame e le relative modifiche;
- discutere la valutazione del Corso sia in termini di soddisfazione degli studenti che di efficacia formativa.

I dati presentati si riferiscono alla realizzazione del Corso presso il polo didattico S.Paolo.

Il Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina

Il Corso copre tre semestri – dal I del III anno al I del IV anno – per un totale di 100 ore/studente. 8 sono i CFU attribuiti divisi tra 3 SSD: M-PSI/01 (3 CFU), M-PSI/08 (4 CFU) e MED/09 (1 CFU).

Il Corso è articolato in quattro fasi, ognuna con obiettivi didattici specifici⁵⁻⁷:

- presupposti teorici essenziali con particolare attenzione al modello *patient centred*⁸ approccio teorico di riferimento;
- elementi basilari della comunicazione: competenze sociali quotidiane e specifiche⁹;
- strategie comunicative per le diverse fasi della consultazione (apertura, raccogliere informazioni, dare informazioni, chiusura)¹⁰;
- conversazioni difficili in situazioni specifiche: paziente cronico, aderenza alle terapie, dare cattive notizie, la comunicazione dell'errore.

Per gli obiettivi didattici più attinenti agli aspetti teorici, il Corso prevede l'utilizzo di lezioni frontali, lavoro in piccolo gruppo e studio individuale. Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alle competenze comunicative è previsto l'utilizzo di strategie didattiche interattive, come *role-playing* giocati da pazienti/attori. Altri strumenti ampiamente usati sono la discussione di videoregistrazioni di visite reali e/o simulate ed esercizi di comunicazione in piccolo gruppo quali la costruzione di dialoghi e casi clinici.

Le modalità di esame

Un punto particolarmente delicato di un Corso che ha molte parti che riguardano il "sapere essere", è rappresentato dalle modalità di valutazione certificativa (su questo punto si veda ad esempio la voce¹¹). Negli anni abbiamo sperimentato modalità che cercavano il più possibile di ovviare ai limiti di un tradizionale esame orale o scritto, e che al tempo stesso consentissero una standardizzazione della valutazione. La letteratura suggerisce per verificare l'acquisizione di competenze cliniche l'utilità di un esame clinico organizzato in più stazioni e strutturato per obiettivi (*Objective Structured Clinical Examination, OSCE*)¹²; partendo da queste considerazioni, è stato costruito un *OSCE relazionale*. Attualmente l'esame è così organizzato:

- un test costituito da 26 domande a risposta multipla e da una domanda aperta relativa ad un breve filmato clinico. Il test riceve una valutazione in trentesimi e gli studenti possono decidere di proseguire o meno l'esame;
- un OSCE relazionale costituito da 4 stazioni di 4' ciascuna. Lo studente, cui viene presentata la trascrizione di un dialogo medico-paziente, deve: identificare gli aspetti relativi al vissuto di malattia del paziente (I stazione); identificare le tecniche comunicative del medico (II stazione); inserire nel dialogo specifiche tecniche comunicative (III stazione). Nella IV stazione lo studente incontra un paziente/attore di cui deve raccogliere un'anamnesi centrata sul problema attuale. I *role-playing* vengono videoregistrati e valutati attraverso il *Patient Centered Score Sheet*¹³ e il *Roter Interaction Analysis System*¹⁴.

La valutazione finale -in trentesimi- tiene conto dei risultati del test iniziale e delle stazioni dell'OSCE. Per la realizzazione dell'esame vengono coinvolte 3 persone (1 docente e 2 tutor) per la prima parte; 6 persone (1 docente, 4 tutor, 1 attore) per l'OSCE; la correzione dell'esame è affidata a un docente e un esperto di comunicazione.

Valutazione del Corso (A.A. 2009-2010)

Soddisfazione degli studenti. Alla fine di ogni semestre gli studenti rispondono a un questionario di 22 domande chiuse su diversi aspetti del Corso (aule, docenti, carico di lavoro, etc.) con punteggio Likert da 2 a 10 e a 3 domande aperte relative ai punti di forza e di debolezza del Corso e a possibili suggerimenti.

Nelle domande chiuse gli studenti (n=144) hanno dato valutazioni che andavano da un minimo di 6.94 per l'accettabilità del carico di lavoro, a un massimo di 8.79 per la chiarezza espositiva del docente.

Sulle risposte alle tre domande aperte (n=54) è stata effettuata un'analisi dei contenuti raggruppando le tematiche simili in macro categorie.

Sono stati individuati un totale di:

- *77 punti di forza:*

- utilità e interesse per gli argomenti trattati (n= 27)
- apprezzamento del docente e dei suoi collaboratori rispetto a chiarezza, preparazione, disponibilità e capacità di suscitare interesse (n=21)
- apprezzamenti sulle metodologie didattiche: l'interattività e il confronto (n=10)
- maggior consapevolezza e strumenti sul modo di relazionarsi con i pazienti(n=9)
- utilità delle esercitazioni pratiche, in particolare i *role-playing* (n=8)
- commenti positivi su orari e struttura del corso (n=2).

- *32 punti di debolezza:*

- aspetti metodologici: poca pratica (n=10)
- aspetti di forma: lezioni ripetitive e dispersive (n=8)
- aspetti di contenuto: eccessiva importanza agli aspetti psicologici e rischio di ridurre aspetti relazionali all'uso di tecniche (n=7)
- aspetti legati al materiale didattico (ad es. uso di lucidi) (n=4)
- aspetti organizzativi: troppe ore, modalità esame (n=3)

- *30 suggerimenti:*

- aumento ore esercitazioni e piccoli gruppi (n=15)
- concentrare il corso da 3 semestri a uno/due o a elettivo (n=8)
- invito a usare ppt (n=4)
- posticipare il corso a quando gli studenti hanno più conoscenze mediche (n=2)
- estendere il corso anche ad altro personale sanitario (n=1)

Efficacia formativa. 147 studenti si sono iscritti agli 8 appelli d'esame dell' A.A. 2009/2010; di questi, 14 (9,5%) hanno deciso di non proseguire l'esame dopo la prima prova. Dei 133 studenti che hanno effettuato l'OSCE, 41 (31%) non hanno accettato il voto – range voti rifiutati: 18-21 (n=3); 22-25 (n=20); 26-28(n=18) -; 92 (69%) accettano il voto: range 20-23(n=2); 24-27(n=24); 28-30L(n=66) – con una media di voto del 27,3.

Considerazioni

L'esperienza maturata nei dieci anni di vita del Corso ci consente di fare un bilancio complessivamente positivo e proporre alcune riflessioni sugli obiettivi ancora da raggiungere.

Gli studenti sembrano apprezzare il Corso: sottolineano l'importanza dei temi trattati, l'apprezzamento per metodologie didattiche non tradizionali e la professionalità dei docenti. Rispetto ai punti di debolezza evidenziati e ai suggerimenti, ci hanno colpito alcuni aspetti.

Alcuni studenti segnalano il rischio di un impoverimento della relazione dopo un Corso che analizza e discute le strategie comunicative che caratterizzano le consultazioni cliniche. Questo commento ci sembra nascere da una non corretta comprensione di un punto fondante il Corso: sono insegnabili solo gli obiettivi di una consultazione clinica (e questi dipendono dal modello di riferimento, ad es. quello *Patient centred*); viene invece lasciata al singolo la scelta delle modalità comunicative adeguate al raggiungimento degli obiettivi. L'altro aspetto che colpisce è che la scelta di "spalmare" il Corso su più semestri nell'arco di due anni sia sentita dagli studenti come dispersiva, tant'è che propongono di concentrare il Corso in uno/due semestri o addirittura ridurlo a corso elettivo. Viene da chiedersi quanto queste considerazioni siano influenzate da un assunto di fondo del modello medico tradizionale che sente gli aspetti comunicativi e relazionali della visita utili e interessanti ma accessori e non prioritari. Le criticità sulla longitudinalità del Corso sorprendono poi perché la nostra proposta culturale sembra coerente ma ancora lontana dai modelli internazionali che propongono percorsi davvero trasversali¹⁴. Certamente tali modelli impongono una forte integrazione con la clinica che da noi è ancora lontana. Se, come sottolinea la letteratura su quello che viene chiamato *hidden curriculum*, gran parte del sapere degli studenti viene trasmesso attraverso le esperienze che essi vivono nei reparti, secondo delle norme implicite spesso in contraddizione con quanto formalmente insegnato a lezione¹⁵, il tema dell'integrazione diventa prima ancora che un problema metodologico un problema culturale. Tra l'altro il fatto che il Corso di Comunicazione e Relazione milanese sia un'eccezione, per struttura e ore, nel panorama della medicina italiana, sottolinea come l'insegnamento delle competenze comunicative viva ancora una frammentazione e la necessità di ricercare una prospettiva comune tale da far passare il problema dell'integrazione in secondo piano. Riteniamo tuttavia che solo ponendo una maggiore enfasi su tale aspetto si possa pensare di promuovere l'insegnamento delle competenze comunicative in medicina da attività accessoria ad elemento imprescindibile del curriculum medico¹⁶.

Un altro punto sottolineato dagli studenti è legato alla necessità di fare più pratica; punto dolente anche per i docenti in quanto le tematiche trattate e i principi didattici richiederebbero indubbiamente la necessità di rendere il corso più esperienziale, ma le classi ormai sempre più numerose (gli iscritti al III anno nel corrente A.A. sono 95!) rendono tale obiettivo al momento irrealizzabile. La presenza di piccoli gruppi consentirebbe ad ogni studente di sperimentarsi in prima persona, permettendo inoltre anche quel lavoro sul "saper essere" che negli ultimi anni è stato delegato ai corsi elettivi^{17;18}. Purtroppo questo obiettivo appare al momento impossibile per la dimensione delle risorse necessarie per realizzarlo.

Per quanto riguarda i risultati all'esame l'aspettativa di ottenere un buon risultato da parte degli studenti sembra piuttosto alta: quasi il 40% decide di rifare l'esame, arrivando a rifiutare voti nel range del 26-28, e la maggior parte degli studenti (circa il 70%) che registra il voto si colloca nella fascia 28-30 e lode. Ci si chiede se tali dati siano dovuti al fatto che gli studenti considerano il Corso importante dato il peso dei CFU o al contrario siano legati al fatto che vogliono alzare la media con un Corso considerato da loro come "facile" poiché basato per il 50% della valutazione su prove pratiche, e quindi con "poco da studiare". Rispetto alla performance all'esame sarebbe interessante esplorare, a distanza di tempo, la coerenza tra competenza dimostrata dagli studenti nella prova d'esame e la competenza nella performance professionale e la persistenza nel tempo

delle competenze comunicative acquisite: molti studi rilevano infatti come vi sia una erosione delle capacità relazionali degli studenti di medicina negli ultimi anni del loro percorso formativo, come probabile effetto dell'*hidden curriculum* che segna la loro formazione da quando iniziano ad entrare in reparto 19-20.

Bibliografia

- 1) Rotgans JI. The themes, institutions, and people of medical education research 1988-2010: content analysis of abstracts from six journals. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2011 Oct [Epub ahead of print]
- 2) von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Mede Educ* 2008; 42: 1100-7.
- 3) Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Publishing 1998.
- 4) Gruppo Gargnano. La comunicazione e la relazione con il malato: quale formazione nelle Facoltà mediche italiane? Presentazione del "Progetto Gargnano". *Med Chir* 2007; 40-41: 1670-5. Errata corrige, ibidem, 2008; 42: 1777.
- 5) Ferrari S, Vegni E, Moja EA. La sperimentazione della valutazione certificativa nel Corso integrato di Comunicazione e Relazione in Medicina alla Facoltà di Medicina di Milano. *Tutor* 2002; 3: 120-124.
- 6) Odone L, Ferrari S, Vegni E, Moja EA. Il Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina del Polo San Paolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. *Med Chir* 2006; 33: 1328-34.
- 7) Vegni E, Zannini L, Moja EA, Coggi G. Il Corso di "Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina" alla Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano. *L'Ospedale Maggiore* 2000; 94: 306-310.
- 8) Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
- 9) Cohen Cole AS. *The Medical Interview, the three function approach*. Mosby-Year Book Inc, St. Louis, 1991.
- 10) Lipkin M, Putnam S, Lazare A (a cura di). *The Medical Interview*. Springer Verlag, New York 1995.
- 11) Vegni E, Andrichi E, Moja EA. Strumenti di assessment della comunicazione in medicina. *La Cura* 2011; 5: 11-48.
- 12) Harden RM, Gleeson F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Medical Education* 1979; 13: 41-54.
- 13) Hernbest RJ, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation. 1. A method for measurement. *From Pract* 1989; 6: 249-54.
- 14) Roter DL. *The Roter method of interaction process analysis*. RIAS manual. Baltimore: John Hopkins University, 1991.
- 15) Haffetry FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71.

16) Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns* 2009 Sep;76(3):361-7.

17) Leone D, Vegni E, Vescovo A, Moja EA. The emotional issue in the clinical consultation: questions from an experiential pilot educational program with medical students. *Tutor* 2010; 3(10): 136-142.

18) Leone D, Moja EA, Vegni E. Comunicazioni difficili in medicina: un corso opzionale sperimentale per gli studenti di medicina. *Recenti Progressi in Medicina* 2008; 99: 485-91.

19) Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med* 2005; 80:164-7.

20) Lamiani G, Leone D, Meyer E, Moja EA. How Italian students learn to become physicians: a qualitative study of the hidden curriculum. *Medical Teacher* 2011; 33: 989-996.

Cita questo articolo

Leone D., Vegni E., Moja E., Il Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina. Punti fermi, cambiamenti e sfide aperte a dieci anni dalla sua introduzione, *Medicina e Chirurgia*, 56: 2511-2514, 2012. DOI: 10.4487/medchir2012-56-6