

Le abilità comunicativo-relazionali in medicina: un percorso formativo in ambito ospedaliero

Alberto Ghilardi¹, Laura Pedrini^{1,2}, Manuela Rossini¹, Andrea Tiraboschi¹, Chiara Buizza¹

Riassunto. Questo articolo è finalizzato a descrivere metodi ed esiti di un percorso formativo sulla comunicazione medico-paziente rivolto a 26 medici ospedalieri. L'intervento formativo, della durata di 20 ore, si è basato sul modello teorico della comunicazione centrata sul paziente e si è articolato in sessioni plenarie e momenti di lavoro in gruppo. Al termine della formazione i partecipanti hanno riferito buoni indici di soddisfazione ed esiti positivi al questionario di apprendimento; inoltre, si è registrato un aumento della proporzione di medici che adotta lo stile centrato sul paziente (Z Wilcoxon=2,236; p=.02). Non sono emerse associazioni significative tra stile comunicativo e variabili socio-demografiche. Sono state individuate tre aree di interesse sulle quali si ritiene opportuno dedicare futuri interventi per i medici ospedalieri: comunicazione di cattive notizie, gestione delle proprie reazioni emotive, influenza di fattori di contesto nella relazione medico-paziente.

Parole chiave. Comunicazione medico-paziente, formazione, medici ospedalieri, modello centrato sul paziente.

Introduzione

Le abilità comunicativo-relazionali possedute dal medico costituiscono una componente rilevante nel processo di cura. Il modo in cui il medico comunica con il paziente può influenzare i suoi comportamenti, in termini di comprensione e ricordo delle informazioni ricevute durante la consulenza, soddisfazione per le cure ricevute, compliance al trattamento, decisioni in merito alla propria salute, nonché sulla salute psicologica¹.

Contrariamente a quanto spesso si crede, le abilità comunicativo-relazionali non sono ascrivibili esclusivamente a una particolare attitudine personale, bensì possono essere apprese. In linea con questo principio, la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia italiani ha affermato la priorità delle capacità comunicative tra gli obiettivi formativi del futuro medico. Nel corso dell'ultimo decennio, l'insegnamento di aspetti comunicativo-relazionali è stato incluso nei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia e nei corsi di laurea delle professioni sanitarie². Recentemente, negli Stati Uniti è stato stabilito che per ottenere l'abilitazione professionale, il medico deve superare

Communication and interpersonal skills in medicine: an educational intervention in hospital.

Summary. The present paper is aimed to describe methods and results of an educational intervention on doctor-patient communication. The intervention was addressed to 26 hospital physicians and lasted 20 hours, and it was formulated according to patient-centred model. At the end of the intervention, participants referred satisfaction for the course, and the proportion of doctors with patient-centred style was higher compared to the one of the initial assessment (Z Wilcoxon=2,236; p=.02). No associations were found between communicative-relational style and sociodemographic variables. For hospital physicians, three main topics seems require future interventions: the communication of bad news, the management of own emotions, the influence of context's factors on doctor-patient relationship.

Key words. Doctor-patient communication, education, hospital physicians, patient-centred model.

una prova pratica in cui si valuta la competenza comunicativa³.

Le caratteristiche fondamentali di un colloquio medico in cui si instaura una buona comunicazione sono da ricollegare all'esecuzione di una serie di fasi che si susseguono durante il colloquio: utilizzo di domande aperte nella fase iniziale, esplorazione delle aspettative e delle interpretazioni del paziente, verifica della comprensione da parte del paziente sui contenuti discussi, accordo sulle prescrizioni mediche e, trasversalmente a tutte le fasi, il mostrare empatia⁴. Ciò è conforme all'approccio centrato sul paziente secondo cui il focus del medico non è il disturbo, bensì la persona con i suoi bisogni, valori, preferenze; nel processo di cura si instaura una relazione di collaborazione tra medico e paziente e durante la consultazione il paziente agisce un ruolo attivo⁵.

Il riconoscimento della validità dell'approccio centrato sul paziente ha portato alla necessità di sviluppare interventi formativi finalizzati a favorire l'apprendimento di abilità pratiche per attuarlo. Mentre in passato la ricerca in merito presentava molte criticità⁶, recentemente è stato possibile eseguire una revisione sistematica degli studi randomizzati che mostra come essi siano caratterizzati

¹Settore di Psicologia Clinica e Dinamica, Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia; ²Scuola di Dottorato in Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste.

Pervenuto il 27 settembre 2013. Accettato dopo revisione il 3 giugno 2014.

da rigore e accuratezza metodologica⁷. Gli studi hanno utilizzato metodi eterogenei in termini di procedure formative, destinatari della formazione (medici da soli, medici e pazienti) e misurazione degli esiti. Tuttavia, in maniera univoca, si ricava che gli interventi consentono di ottenere cambiamenti positivi sullo stile comunicativo adottato durante la consulenza, e che un percorso formativo breve (massimo 10 ore) risulta efficace quanto uno di durata maggiore. I risultati sono invece ambigui quando vengono presi in considerazione gli esiti riferiti direttamente al paziente (soddisfazione espressa dal paziente, comportamenti legati alla salute, stato generale di salute)⁷.

La maggior parte dei contributi oggi disponibili sulla formazione all'approccio centrato sul paziente deriva da studi condotti su medici di cure primarie (medici di medicina generale, pediatri, internisti), mentre solo pochi hanno considerato il personale ospedaliero⁸⁻¹². Questo elemento non può essere trascurato poiché il contesto può influenzare le modalità con cui si costruisce la relazione medico-paziente e di conseguenza la comunicazione.

In Italia è stato avviato un progetto rivolto a docenti universitari sul tema della comunicazione, con il fine di individuare obiettivi comuni e metodologie didattiche più appropriate ai differenti contesti¹³. Le proposte finora elaborate hanno mostrato risultati promettenti in un corso opzionale rivolto a studenti di qualsiasi anno di corso¹⁴.

Questo articolo è finalizzato a descrivere i metodi impiegati e gli esiti riscontrati relativamente a un percorso formativo sulle tecniche di comunicazione rivolto a figure target, i tutor medici ospedalieri. Il percorso è stato condotto in accordo al modello teorico della comunicazione centrata sul paziente¹⁵ integrato con il modello formativo di gruppo psicosocioanalitico¹⁶.

Materiali e metodi

IL PERCORSO DI FORMAZIONE

Il corso, della durata di 20 ore complessive tra sessioni plenarie e lavori di gruppo, è stato articolato in 5 incontri nell'arco di tre mesi. Il costo dell'intervento è stato interamente sostenuto dalla Presidenza del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia.

L'intervento formativo è stato curato da 9 docenti (4 psicologhe psicoterapeute di formazione psicosocioanalitica hanno curato il lavoro in gruppi, 5 docenti universitari esperti di comunicazione medico-paziente hanno curato le lezioni plenarie).

Le due sessioni plenarie di 4 ore ciascuna consistevano in lezioni frontali alternate a momenti di discussione in cui i partecipanti venivano incoraggiati a esprimere considerazioni, dubbi, esperienze in riferimento alla propria pratica professionale. Durante le lezioni frontali sono state descritte le caratteristiche della buona comunicazione in accordo al modello di comunicazione centrata sul paziente¹⁵, secondo il quale il medico si relaziona ai pazienti integrando le modalità della visita medica tradizionale centrata sulla malattia in senso obiettivo

(*disease*) a quelle della visita medica centrata sul vissuto di malattia (*illness*) in base a come quest'ultimo si inquadra nelle quattro dimensioni dell'agenda del paziente (emozioni, interpretazioni, aspettative, contesto).

Nelle sessioni di lavoro di gruppo (3 sessioni parallele della durata di 4 ore ciascuna), i partecipanti (al massimo 10 per ciascuna sessione) hanno sviluppato un tema a loro scelta tramite esercitazioni, case work e role-playing. Le riflessioni così emerse sono state condivise nella sessione plenaria finale. I partecipanti hanno scelto di elaborare i seguenti temi:

1. Comunicare le cattive notizie. Sono stati svolti due case-work relativi a due casi di comunicazione di una diagnosi infausta: uno in cui si sceglie di non comunicare direttamente la diagnosi alla paziente nonostante l'invito dei familiari; il secondo in cui si fa la scelta contraria, informando gradualmente la paziente di ciò che le sta accadendo.
2. Gestire le proprie reazioni emotive. Questo tema risulta collegato al precedente in quanto la difficoltà nel comunicare aspetti dolorosi spesso è da ricondursi *in primis* al disagio provato dal medico per la propria reazione emotiva.
3. Rapportarsi all'istituzione ospedaliera. Il medico ospedaliero, a differenza del medico di medicina generale, essendo inserito in un'istituzione ha a che fare con una complessità di relazioni che interferiscono nella sua relazione con il paziente, ha continui contatti con i colleghi del proprio e altrui reparto; inoltre, non può prescindere da un'organizzazione strutturata dotata di procedure, gerarchia e amministrazione. Il paziente stesso si relaziona con molteplici professionisti presenti all'interno della struttura e ciò implica un buon grado di coordinamento e collaborazione tra costoro, al fine di offrire informazioni coerenti, pena una riduzione della compliance al trattamento.

PARTECIPANTI

Il corso è stato rivolto a 26 "tutor medici ospedalieri" che hanno aderito volontariamente (19 maschi e 7 femmine; età media 49,3, DS=7,7), provenienti dai reparti di Nefrologia (n=5), Medicina (n=9), Chirurgia (n=8), Pediatria (n=1), Radioterapia (n=1), Dietistica (n=2) degli Spedali Civili di Brescia. I tutor medici ospedalieri sono medici a cui viene attribuita formalmente responsabilità tutoriale sull'attività pratica degli studenti di Medicina e Chirurgia e degli specializzandi medici. I partecipanti hanno autonomamente concordato con la rispettiva direzione la partecipazione o meno in orario di servizio.

VALUTAZIONI

Prima e dopo il percorso formativo i partecipanti hanno compilato il Test delle Risposte Spontanee (TRS)¹⁷, che consente di individuare il profilo relazionale del medico tra quattro stili: a) stile patient-centered (PC), che prevede venga esplorata la prospettiva del paziente; b) stile disease-centered tradizionale (DCT), in cui viene approfondita la patologia tramite delle domande; c) disease-centered informativa (DCI), in cui il medico in qualità di esperto fornisce informazioni solo di carattere biomedico; d) disease-centered umanizzato (DCU), in cui il medico, presupponendo un vissuto di malattia del paziente, gli fornisce consigli e rassicurazioni.

Si tratta di uno strumento da compilare autonomamente suddiviso in due parti. Nella prima vi sono 10 vignette cliniche in cui il soggetto è invitato a fornire una risposta in modo spontaneo. Nella seconda parte, sul retro del foglio, il soggetto deve scegliere quale, tra quattro risposte precostituite che si rifanno ai quattro stili comunicativi, si avvicini di più alla risposta spontanea scritta precedentemente. Per l'elaborazione dei dati sono state considerate soltanto le risposte precostituite, e l'assegnazione dello stile relazionale avviene considerando la tipologia prevalente tra le 10 risposte.

Al termine del corso i partecipanti hanno compilato un questionario di apprendimento e un questionario di soddisfazione. Il primo composto da 25 domande con risposte a scelta multipla costruite sulla teoria della visita centrata sul paziente. Il secondo composto da domande con risposte a scelta multipla sui vari aspetti dell'organizzazione del corso.

ANALISI STATISTICHE

Per valutare l'associazione tra stile relazionale e variabili individuali (età, sesso) è stato applicato il test di Spearman. Per valutare la differenza nella distribuzione dello stile relazionale dei partecipanti, prima e dopo il corso, è stato applicato il test di Wilcoxon sulla variabile stile relazionale, ottenuta dallo strumento TRS considerandola su due livelli (DC, PC). Il livello di significatività è stato fissato a ,05.

Risultati

Prima del corso la quasi totalità dei partecipanti mostrava uno stile DC in particolare di tipo Informativo (n=10, 50%) e Tradizionale (n=8,

40%). Solo 2 (10%) partecipanti mostrano uno stile di tipo PC.

Al termine del corso, 7 (35%) partecipanti hanno mostrato uno stile di tipo PC, e tra i rimanenti la maggior parte era caratterizzata da uno stile Informativo (n=5, 25%), seguito da quelli Tradizionale (n=6, 30%) e Umanizzato (n=2, 10%) (tabella 1).

Tutti i 5 partecipanti protagonisti di un cambiamento positivo (passaggio da stile centrato sulla malattia a stile centrato sul paziente) mostravano uno stile DCI. Al contrario nessuno di coloro che all'inizio mostra uno stile DCT o DCU ha cambiato il proprio stile relazionale.

Come riportato nella tabella 2, abbiamo osservato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dello stile comunicativo-relazionale (patient vs disease), valutato prima e dopo il corso (Z di Wilcoxon=-2,236; $p=,025$).

Non sono state riscontrate associazioni statisticamente significative tra stile della relazione, età e genere. Al questionario di soddisfazione sono stati riscontrati buoni indici di soddisfazione: l'82% ha dichiarato che il percorso è stato efficace per la propria formazione, l'87% ha ritenuto adeguate le metodologie applicate, il 64% ha dichiarato che il corso ha raggiunto in pieno gli obiettivi, il 59% ha valutato buona la qualità di aggiornamento.

Discussione

Il presente contributo può costituire un utile riferimento per le istituzioni sanitarie e accademiche che intendano promuovere percorsi formativi

Tabella 1. Distribuzione dei partecipanti per modalità di stile comunicativo valutato tramite il test TRS, prima e dopo il corso.

			Dopo il corso				Totale n
			DCI n	DCU n	DCT n	PC n	
Prima del corso	DCI	n	1	2	2	5	10
	DCT	n	4	0	4	0	8
	PC	n	0	0	0	2	2
	Totale	n	5	2	6	7	

Disease-Centered Informativa (DCI); Disease-Centered Paternalista (Umanizzata) (DCU); Disease-Centered Tradizionale (DCT); Patient-Centered (PC)

Tabella 2. Confronto nella Distribuzione dei partecipanti per modalità di stile comunicativo valutato tramite il test TRS, prima e dopo il corso.

	TRS prima	TRS dopo	test	P value
DC	18	13	-2,236*	.025
PC	2	7		

Patient-Centered (PC); Disease-Centered (DC).
*Z di Wilcoxon

per riflettere e sviluppare le capacità comunicativo-relazionali secondo il modello centrato sul paziente.

È stato riscontrato un buon livello di soddisfazione: i partecipanti hanno espresso un giudizio positivo circa l'utilità del percorso ai fini della propria crescita professionale e circa le modalità didattiche utilizzate. I risultati al questionario di apprendimento indicano che i concetti fondamentali della teoria sono stati acquisiti. Dato ancor più rilevante, la proporzione di soggetti che mostra uno stile centrato sul paziente aumenta dopo il corso. È interessante notare che tutti i partecipanti che mostrano questo miglioramento delle loro abilità comunicativo-relazionali mostravano all'inizio uno stile di tipo Informativo; al contrario, nessuno di coloro che all'inizio mostra uno stile di tipo Tradizionale o Umanizzato modifica il proprio stile relazionale. È possibile ipotizzare che esistano stili relazionali più resistenti al cambiamento, per i quali forse altre tipologie di formazione potrebbero essere più efficaci.

La metodologia adottata durante il corso ha consentito l'emergere di tre bisogni specifici condivisi da tutti i partecipanti, a indicare le criticità per le quali è opportuno pianificare futuri interventi *ad hoc*. Il primo bisogno è l'acquisizione di modalità di comunicare cattive notizie. Esistono differenti condizioni che connotano una comunicazione come "difficile". Infatti, questo aggettivo si può applicare a casi in cui è predominante la componente dell'imprevedibilità, oppure dell'incertezza piuttosto che della prognosi infausta. Le proposte di protocolli di corretta informazione per strutturare il counselling e lo sviluppo di supporti visivi per trasmettere contenuti^{18,19} testimoniano l'importanza di introdurre pratiche di informazione esaustive e standardizzate, che allo stesso tempo potrebbero costituire una strategia per ovviare alla difficoltà emotiva esperita in quelle condizioni. Ciò che a nostro avviso potrebbe fare la differenza e rendere il medico più padrone della situazione va rintracciato altrove, ovvero nella presa di consapevolezza del proprio vissuto emotivo e della ricerca dei fattori contestuali e personali che hanno contribuito all'insorgenza di quelle emozioni.

Il secondo bisogno riguarda l'acquisizione di strumenti per la gestione delle proprie reazioni emotive. Un percorso formativo quale quello qui descritto, che permetta l'elaborazione cognitiva ed emotiva e non la sola erogazione di contenuti, va nella direzione di alfabetizzare emotivamente chi vi partecipa, nel senso di consentire una riflessione sul vissuto emotivo esperito in relazione al caso discusso, in particolare attraverso il lavoro in gruppo durante il quale vengono sperimentati gli aspetti relazionali attivati nel processo comunicativo. Tale modalità consente di superare i limiti della formazione accademica per lo più centrata su aspetti teorici.

Infine, il terzo bisogno concerne la costruzione di un setting ottimale per favorire una buona

relazione con il paziente: il contesto istituzionale (procedure, luoghi, gerarchie) influenza il modo in cui medico e paziente entrano in relazione. A tal fine, si possono annoverare gli interventi educativi²⁰ oppure quelli basati sulla pratica clinica²¹, finalizzati a favorire l'approccio interdisciplinare. Nella misura in cui questi interventi mirano a incrementare coordinamento e condivisione tra i differenti operatori che prendono parte al processo di cura, contemporaneamente essi consentono di facilitare la comunicazione e la relazione medico-paziente dal momento che quest'ultimo disporrà di informazioni più esaustive e coerenti, condizione imprescindibile per sviluppare un atteggiamento di fiducia e partecipazione al trattamento.

LIMITI DELLO STUDIO

La partecipazione al corso era volontaria, pertanto si presume che i partecipanti fossero particolarmente motivati e ciò potrebbe aver determinato il buon esito dell'esperienza. Inoltre, il numero limitato di partecipanti non consente di affermare che ci si trovi di fronte a un campione rappresentativo della popolazione di medici ospedalieri, e che quindi i temi emersi possano essere considerati esaustivi e generalizzabili all'intera popolazione target dell'intervento. Futuri studi, con dimensioni campionarie maggiori, potrebbero offrire indicazioni su quali siano i fattori che contribuiscono a favorire un cambiamento negli stili relazionali, al fine di pianificare interventi il più possibile mirati. Inoltre, sarebbe interessante verificare se la formazione indirizzata ai tutor medici sia in grado di produrre l'auspicata generalizzazione di abilità anche a medici in formazione.

Conclusioni

La valutazione dello stile relazionale dimostra che un percorso formativo di gruppo e di breve durata fondato su un preciso modello teorico della comunicazione medico-paziente (modello centrato sul paziente) integrato col modello formativo di gruppo psicosocioanalitico può essere un valido strumento per migliorare le competenze comunicative. Anche il livello di gradimento per le modalità formative adottate è stato buono così come l'apprendimento di contenuti teorici. Il buon esito risulta principalmente ascrivibile alla costituzione di piccoli gruppi provenienti dalla stessa istituzione e all'inclusione di sessioni dedicate allo sviluppo di temi in linea con i bisogni specifici dei partecipanti.

Ringraziamenti

Si ringraziano i colleghi dott. Giovanni Cavadi, prof. Carlo Cristini, dott.ssa Sabina Ferrari, dott.ssa Stefania Lottieri, prof. Egidio A. Moja e dott.ssa Giuliana Tonoli per aver collaborato alla realizzazione dell'esperienza formativa.

Bibliografia

1. Benedetti F. Il cervello del paziente. Roma: Fioriti Editore, 2012.
2. <http://presidenti-medicina.it>
3. USMLE-United States Medical Licensing Examination. Federation of State Medical Boards of the United States, (2014). <http://www.usmle.org/pdfs/step-2-cs/cs-info-manual.pdf>
4. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001; 76: 390-3.
5. Balint M. The doctor, his patient and the illness. *Lancet* 1955; 1: 318.
6. Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ* 2002; 36: 1004-16.
7. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD003267.
8. Alder J, Christen R, Zemp E, Bitzer J. Communication skills training in obstetrics and gynaecology: whom should we train? A randomised controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276: 605-12.
9. Brown RF, Butow P, Dunn SM, Tattersall MHN. Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *Br J Cancer* 2001; 85: 1273-9.
10. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 650-6.
11. Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, et al. Factors influencing physicians' detection of cancer patients' and relatives' distress: can a communication skills training program improve physicians' detection? *Psychooncology* 2008; 17: 260-9.
12. Jensen BF, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns* 2001; 84: 163-9.
13. 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.
14. Leone D, Vegni E, Moja EA. Comunicazioni difficili in medicina: l'esperienza di un corso elettivo per studenti di medicina. *Recenti Prog Med* 2008; 99: 485-91.
15. Moja EA, Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
16. Ronchi E, Ghilardi A. Professione psicoterapeuta. Il lavoro di gruppo nelle istituzioni. Milano: Franco Angeli, 2003.
17. Vegni E, Celentano S, Odone L, Moja EA. Il test delle risposte spontanee (TRS): un profilo dello stile relazionale del medico con uno strumento "carta e matita". *Tutor. Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica* 2002; 2: 6-12.
18. Guillén Ú, Suh S, Munson D, et al. Development and pretesting of a decision-aid to use when counseling parents facing imminent extreme premature delivery. *J Pediatr* 2012; 160: 382-7.
19. Bekker HL, Hewison J, Thornton JG. Applying decision analysis to facilitate informed decision making about prenatal diagnosis for Down syndrome: a randomised controlled trial. *Prenat Diagn* 2004; 24: 265-75.
20. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23: CD002213.
21. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 8: CD000072.