

Come Insegnare l'Arte di Comunicare agli Studenti degli Anni Clinici

Teaching Communication Skills to Clinical Students

IC McMANUS, CA VINCENT, S THOM e J KIDD

St Mary's Hospital Medical School, Imperial College of Science, Technology and Medicine, London, UK

Riassunto Viene descritta un'esperienza di sette anni sull'insegnamento dell'arte di comunicare agli studenti del primo anno clinico della scuola medica del St Mary's Hospital, Londra. La prima componente consiste in una giornata di studio durante il corso clinico introduttivo, comprendente una lezione e seminari per piccoli gruppi, con l'intervento di studiosi del comportamento e clinici di vari dipartimenti. La seconda componente usa pazienti simulati e *video-feedback* ed ha luogo in piccoli gruppi più tardi durante l'anno. Per il successo del corso sono importanti la partecipazione degli studenti ad una discussione critica ed attiva, il "gioco delle parti" ed un sistema interattivo video. Nel tempo la metodologia è stata perfezionata attraverso le valutazioni degli studenti e dei tutori. L'articolo ha lo scopo di aiutare chi persegue gli stessi obiettivi a sviluppare corsi più efficaci nei limiti delle disponibilità offerte dalle rispettive istituzioni.

Parole Indice Comunicazione. Pazienti simulati. *Role play*.
Studenti di Medicina.

Abstract *Seven years' experience in teaching communication skills to first year clinical students at St Mary's Hospital School of Medicine, London is described. The first component consists of a day during the introductory clinical course; this is divided into a lecture and small seminar groups and involves behavioural scientists and clinicians from many departments. The second component uses simulated patients and video feedback and takes place in small groups later in the year. Participation of the students through active critical discussion, role play, and interactive video feedback are important aspects in the success of the course. The methods have been refined through evaluation by students and tutors. This article aims to allow others, already running or considering such a course, to develop effective courses within the practical constraints of their own institutions.*

Index Terms *Communication skills. Medical students. Role play. Simulated patients.*

Da: *Brit Med J* 1993; 306: 1322-1327, grazie alla cortesia degli Autori e dell'Editor
From: *Brit Med J* 1993; 306: 1322-1327, thanks to the courtesy of the Authors and the Editor

Il lavoro spetta in pari misura agli Autori
The Authors participated equally in this work

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dr IC McManus
St Mary's Hospital Medical School
Imperial College of Science
Technology and Medicine
London W2 1PG, UK

Introduzione

La capacità di comunicare ha un ruolo centrale nella pratica clinica. Secondo il *General Medical Council* (GMC), essa è fondamentale per l'assistenza al malato, e comprende l'anamnesi, il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale, la prestazione delle cure, il consiglio, l'aiuto e le consultazioni [1]. La maggior parte delle informazioni essenziali per la diagnosi emerge in realtà dal colloquio fra medico e paziente, ed una buona capacità di comunicazione aumenta le conoscenze del paziente, la sua soddisfazione, la sua *compliance*, ed ha un'influenza positiva sul suo stato di salute [2, 3]. La scarsa capacità di comunicare ha contribuito spesso ad incidenti medici [4] ed alle susseguenti controversie legali [5]. Le lamentele del pubblico hanno più spesso a vedere con i problemi di comunicazione che con la competenza clinica del medico [6].

Insegnare a comunicare sembra cosa fattibile e concreta. Sebbene alcuni risultati delle prime ricerche siano stati criticati [7], studi successivi hanno dimostrato con chiarezza i benefici di un tale insegnamento [3, 6, 8-12]. Senza un addestramento specifico, le capacità comunicative degli studenti sembrano diminuire durante il corso di studio [10, 11, 13-15].

L'insegnamento a comunicare si è sviluppato lentamente. Nel 1983 Wakeford constatò che un terzo delle scuole britanniche di Medicina non offriva un formale insegnamento della comunicazione, e nelle altre ci si limitava soltanto ad una o due ore di registrazioni *video* [16]. Al tempo dell'indagine GMC del 1992 si notò qualche progresso; soltanto in tre delle 28 Scuole di Medicina non si insegnava la comunicazione, benché essa fosse inclusa nei programmi come parte della pratica generale o della psichiatria, più di rado della Medicina generale e della chirurgia [17]. Nel 1991, Whitehouse osservava che l'insegnamento a comunicare corrispondeva a meno del 2% del tempo di tutto il *curriculum* [18]. I metodi variavano dalle lezioni formali all'analisi delle interviste degli studenti. Solo in alcuni corsi veniva usato il *video feedback*, e gli studenti di rado avevano la possibilità di partecipare a più di una o due sessioni di *feedback*. Nel lavoro di gruppo si usava di solito il *role play* (la distribuzione delle parti), ma era raro il ricorso a pazienti simulati. La valutazione era di solito soggettiva e data solo dal professore o dal tutore. L'indagine GMC trovò che in non più di sette scuole l'abilità a comunicare faceva parte degli esami finali [17]. Nel 1992 l'Università di Londra stabilì che i nuovi dottori dovevano essere competenti a comunicare, quindi gli studenti dovevano ricevere una formale istruzione in merito [19].

La scuola di Medicina del *St Mary's Hospital* ha impartito agli studenti del primo anno clinico di corso un'istruzione generale sull'abilità a comunicare a partire dal 1986. Dagli anni '70, il dipartimento di Medicina pra-

ticca assicura circa 10 ore d'insegnamento agli studenti del secondo anno clinico, ed altri dipartimenti (oncologia, ostetricia, pediatria) hanno insegnato aspetti specifici della comunicazione. Questo articolo descrive l'insegnamento ideato per gli studenti del primo anno clinico, che ha luogo durante la frequenza della clinica medica e chirurgica e forma la base di un programma integrato per tutti gli anni clinici. I metodi descritti non sono gli unici per insegnare la capacità di comunicare, ma sono stati usati estensivamente ed hanno avuto successo. Noi siamo del parere che essi possano costituire una base adeguata per qualsiasi corso introduttivo.

Corso sulla comunicazione

Il corso comprende due parti. La prima, per tutti gli studenti dell'anno, ha come scopo di fornire il sapere tecnico e di aumentare la consapevolezza dell'importanza del problema. La seconda parte usa pazienti simulati, si svolge per piccoli gruppi con l'aiuto del *video feedback*, ed ha luogo quando gli studenti sono già assegnati ai medici e chirurghi più giovani, in modo da conseguire un'esperienza realistica e pratica. Le due parti vengono descritte separatamente (Tab. I).

Tabella I *Scopi dell'insegnamento*

Giorno introduttivo

- Il ruolo centrale di una buona comunicazione in tutti i settori della Medicina
- Approfondimento del saper comunicare tra medico e paziente
- "Strumenti concettuali" per analizzare i problemi relativi alla comunicazione, introduzione di termini tecnici appropriati

Insegnamento per piccoli gruppi

Si cerca di offrire un ambiente nel quale sia possibile agli studenti procedere di loro propria iniziativa. La seduta viene anche presentata come un *forum*, adatto a sperimentare l'arte di comunicare al di fuori dei problemi etici connessi ai pazienti veri e propri, senza il disagio che può derivare da uno sbaglio di diagnosi in corsia. Durante queste sedute, gli studenti dovrebbero cercare di:

- Raccogliere in modo efficiente e ordinato le informazioni necessarie per la diagnosi, tenendo conto delle necessità e delle preoccupazioni del paziente
- Comunicare in modo chiaro e comprensibile, senza causare angosce inutili, dando modo al paziente di esprimere le sue preoccupazioni di far domande e assicurandosi che abbia capito bene
- Comprendere lo stato emozionale del paziente e cosa egli pensa della sua malattia
- Comprendere che per pazienti diversi e problemi diversi sono necessari approcci diversi. Talvolta viene preferito un atteggiamento simpatico e gentile, altre volte un modo rapido e professionale
- Rendersi conto che anche i dottori hanno personalità e abilità diverse. Non esiste un unico approccio corretto, ogni studente deve trovare il proprio modo di affrontare i problemi

Giorno introduttivo L'introduzione all'ins
dell'arte di comunicare avviene durante i prim

corso clinico, volendosi in tal modo rilevare il tuo vita-
le della comunicazione per una buona pratica medica. Gli
studenti vengono aiutati a comprendere questo principio
da scienziati del comportamento e da clinici di molti di-
partimenti (anestesiologia, assistenza continua, farmaco-
logia clinica, endocrinologia, chirurgia, medicina genera-
le, nefrologia, pneumologia, ostetricia e ginecologia, on-
cologia, pediatria e sanità pubblica). Un tempo si cercava
di spiegare *perché* l'arte di comunicare è importante, ora
gli studenti ne sembrano convinti e perciò lo sforzo edu-
cativo viene soprattutto diretto al *come* comunicare. La Ta-
bella II riassume ciò che si è appreso sullo svolgimento del
giorno introduttivo.

Tabella II *Come condurre il giorno introduttivo*

Variare il programma con tipi d'insegnamento diversi

Lezioni

- Mettere in evidenza che è possibile insegnare l'arte di comunicare
- Fornire termini tecnici e struttura della comunicazione
- Lezioni concise, tenute da insegnanti con buona capacità comunicativa
- Presentazioni che coinvolgono attori

Materiale video

- Gran numero di brevi esempi
- Coinvolgimento attivo degli studenti chiedendo loro valutazioni
- Fonti diverse
- Discussione con insegnanti di diverse materie specialistiche

Gioco delle parti (role play)

- Disponibilità di copioni iniziali
- Chiedere a ogni studente di giocare il ruolo del medico, del paziente e dell'osservatore
- Commenti dell'osservatore a proposito del dottore e del paziente
- Commentare prima ciò che è andato bene e poi cosa è stato fatto meglio
- Tecniche diverse, per esempio:
 - Ripetere e ridiscutere tematiche difficili
 - Per un tema difficile, cambiare il ruolo del medico e del paziente
 - Incoraggiare gli studenti nel fornire sceneggiature
 - Chieder loro di fornire informazioni e di cercar di risolverle

Insegnamento per grandi gruppi Insegnare l'arte di comunicare può essere faticoso, ma il peso può essere ridotto suddividendo opportunamente la giornata. L'attività si svolge principalmente nell'aula e coinvolge l'intera classe (circa 110 studenti); nel pomeriggio metà degli studenti vengono divisi in piccoli gruppi per i seminari

formati di solito da 12 studenti, con un insegnante clinico e Per la mattina gruppo.

viene mantenuto 10 usati vari formati. L'interesse di studenti degli anni, infermieri e il cappellano dell'ospedale. At anni, infermieri e il cappellano ruolo di una buona le lezioni formali si sottolinea il nesi fornendo i renicazione nei confronti dell'anam- distinguendo tra strumenti concettuali: per esempio, specificando un comunicazione verbale o non-verbale, ducendo termini o formale di colloquio [20], intro- del livello intellettuale come "calibrazione" (valutazione ze mediche speciali del paziente e delle sue conoscenze o controllare, e discutendo i problemi per facilitare o controllare, e negli colloquio. Il videotape fornisce esem- vato e valutato più recenti gli studenti hanno osser- tate con l'aiuto di cassette di consultazioni reali su video-

Un'innovazione *Brown interview checklist* [21]. dato l'uso di attori, apparsa molto utile, ha riguar- damento per rappresentare i diversi stili di co- municazione in un contesto di una lezione generale e della discussione. Questi attori, vale a dire finti ma- che esperienza in merito e sono abituati agli sbagli d' solito vengono commessi dagli studenti ed ai loro diversi modi di procedere. Uno degli attori impersona il paziente, un altro lo studente; presentano una serie di pic- cole interviste, alcune con approccio fin troppo amiche- vole, altre con uno studente nervoso e esitante oppure se- condo un modo clinico freddo e distante, e così via. In un'altra serie si espongono i diversi problemi che sorgono nello spiegare al paziente il significato dei tests comuni. Gli studenti trovano questo tipo d'insegnamento indimen- ticabile, illuminante e divertente; oltre il 90% lo ha consi- derato "di grande successo".

Tecniche per i piccoli gruppi Le tecniche per i semi- nari a piccoli gruppi si sono sviluppate nel corso degli an- ni, e la discussione sui videotapes ne è stata di solito una delle componenti. E' necessaria un'accurata strutturazio- ne della giornata. L'uso di videotapes ottenuti da trasmissi- sioni televisive e di nastri prodotti dal commercio facilita il dibattito e permette agli studenti del primo anno clinico di studiare le varie relazioni e interessi, ed anche le loro preoccupazioni [22]. Due diverse tecniche sono state usa- te per incoraggiare la partecipazione attiva nell'arte di co- municare.

Il "Fish bowling" Tre studenti hanno il compito di par- lare a vicenda per 5 minuti con un paziente, ognuno esplo- rando un tema particolare che gli è stato assegnato prima. Gli altri studenti stanno seduti in cerchio osservando, an- che se qualche volta viene loro chiesto di prestare atten- zione ad un aspetto specifico dei colloqui. Alcuni studen- ti sono coinvolti attivamente, ma la tecnica non è del tut- to sovrapponibile ad un vero colloquio clinico; infatti i pa-

zienti sono selezionati e istruiti con cura, sono sempre fin troppo disposti ad aiutare e lo staff cerca di evitare di "sfruttarli" troppo.

Il gioco delle parti (role play) Ha il vantaggio di coinvolgere tutti gli studenti. Gli studenti devono lavorare in gruppi di tre: uno fa la parte del dottore, uno quella del paziente e il terzo fa da osservatore. A turno, gli studenti interpretano ogni ruolo e in tal modo possono edere le cose dalla prospettiva sia del paziente che del doore. Per iniziare lo svolgimento si può proporre un copione semplice ma realistico (Tab. III), che molti studenti sono in grado di interpretare senza sentirsi a disagio.

Tabella III Copione con i ruoli per il giorno introduttivo

"Dottore" e "paziente" vengono informati che la consultazione potrebbe iniziare come segue:

Dottore: Buon giorno, Ms/Mr... Qual è il problema?

Paziente: Ho avuto un mal di testa per una settimana intera e non mi passa.

Oltre a questo, al "paziente" viene detto quanto segue:

Tu sei uno studente di storia, hai 20 anni, e ti stai lamentando di un mal di testa che dura ormai da sei giorni. E' diffuso, il dolore è moderato, ma sempre presente. Ti è capitato qualche altra volta di soffrire, ma mai in modo così prolungato. L'aspirina non ha avuto alcun effetto. Non stai soffrendo di emicrania, e non stavi prendendo altri farmaci. Nella tua famiglia, uno zio è morto tre anni fa a causa di un ictus, e tuo padre soffre di ipertensione. Una settimana o due fa, hai letto sul giornale di una famosa pop star morta per un tumore al cervello. Hai finito gli esami 6 settimane fa e il tuo primo anno è stato adeguato, anche se non brillante. Il secondo anno è stato più difficile del previsto, in parte perché dovevi svolgere più lavoro indipendente nelle biblioteche, in parte perché hai avuto una vita sociale molto più attiva. Sei un tipo abbastanza ambizioso e vorresti avere un buon diploma per ottenere un posto di lavoro nel servizio civile. Infine, durante gli ultimi sei mesi sei sempre uscito (a) con la (il) tua (tuo) ragazza (ragazzo), e di recente le cose non sono andate troppo bene.

Non raccontare al dottore tutto questo immediatamente. Se ti fa delle domande sui sintomi, rispondi. Non essere più specifico di quanto lo saresti andando dal tuo medico di famiglia con un problema simile. Se ti trovi in imbarazzo, se devi parlare di un problema sia pure simulato, sii reticente e lascia che il dottore faccia un'indagine accurata. Se il dottore ti fa una domanda stupida, grossolana e senza tatto, comportati come se fossi veramente in uno studio medico. Da ultimo, non nascondere appositamente qualche informazione, non devi giocare a fare lo stupido!

Gli studenti potrebbero sviluppare anche altri ruoli, in base alle loro esperienze all'interno della famiglia o con amici; è comunque sconsigliabile usare sequenze di sintomi complicati, mentre va sottolineata la necessità di una chiara linea narrativa. Gli insegnanti si mescolano ai gruppi, ascoltano le interpretazioni e qualche volta commentano o suggeriscono di riconsiderare in altro modo particolari pro-

blemi speciali. Talvolta la tradizionale riservatezza britannica può rappresentare un ostacolo per questa tecnica.

Sessioni di video feedback con pazienti simulati L'uso di pazienti simulati è stato introdotto nell'ottobre 1988 per mettere gli studenti in condizione di sviluppare le loro capacità pratiche con un feedback individualizzato. In piccoli gruppi l'insegnamento diventa intensivo, con gli studenti che vengono ripresi sul video mentre stanno intervistando i pazienti interpretati da attori. L'insegnamento sviluppa capacità comunicative adatte agli studenti dei primi anni della Facoltà, con particolare riguardo all'anamnesi e al saper dare informazioni. La comunicazione viene presentata non solo come una materia piacevole, cosa che pure è molto importante, ma soprattutto come un'abilità essenziale per una buona diagnosi [23].

La Tabella IV riassume una serie di suggerimenti per l'insegnamento in piccoli gruppi con impiego di pazienti simulati.

Tabella IV Fattori importanti per l'insegnamento a piccoli gruppi

Ambiente

- Stanza per i colloqui fornita di videocamere e adatta all'ambiente clinico
- Stanza per il seminario fornita di video e di monitor, allestita alla buona
- Videocamere, monitor, registratori ad installazione permanente
- Videocamere semplici da adoperare. Possibilità di registrare le sessioni di dibattito con videocamere fisse

Studenti

- Numero ideale non più di tre
- All'inizio ansiosi, presto più confidenti
- Incoraggiamento a contribuire alla discussione
- Disperdere subito ogni incredulità nel caso di pazienti simulati

Attori

- Più realistici dei veri pazienti
- Possibilità di feedback dalla prospettiva del paziente, altrimenti difficile per studenti e staff
- Da trattare come membri del team degli insegnanti

Copioni

- Dettagliati ed elaborati con cura
- Necessità di un'informazione clinica pertinente per gli attori

Insegnanti

- Mai troppo didattici
- Evitare di parlare troppo
- Frenare la propria critica con una lode
- Procurare che il dibattito su punti diagnostici specifici sia di grande rilievo per gli aspetti della comunicazione piuttosto che per la diagnosi in sé

Sviluppo di copioni per i pazienti-attori

Le hanno lo scopo di insegnare l'arte di comunicare in un contesto realistico di Medicina e Chirurgia di base. I copioni si scrivono durante riunioni di fine settimana, di solito accese (*brainstorming*), con due, tre o quattro clinici e sociologi, e comprendono molti particolari di contenuto medico, psicologico e sociale (Tab. IV). I dettagli riportati nei copioni, consentono agli attori di elaborare più facilmente i vari caratteri. La recitazione è soggetta a varie prove, prima da parte degli insegnanti clinici e dopo da altri attori, ed è in genere aiutata da videocamere dirette. Grazie al contributo degli attori si aggiungono ai caratteri una ricchezza e una profondità espressiva che spesso sorprende gli autori dei copioni; gli attori vengono retribuiti appropriatamente secondo le tariffe di lavoro professionale e vengono considerati parte integrante del *team* degli insegnanti.

È importante che tutti i docenti siano d'accordo sullo scopo dell'insegnamento, che è di aiutare gli studenti a sviluppare le loro proprie capacità. Sia lo *staff* che gli attori, se ritengono di dover trasmettere "messaggi" specifici, spesso non hanno successo come insegnanti dell'arte di comunicare. I pazienti simulati presentano una serie di problemi che vanno dal dolore addominale associato con un'ulcera gastrica maligna all'alta pressione arteriosa da stenosi dell'arteria renale, dalla colite ulcerosa alla dipendenza da un medicinale o dalla droga. Le loro personalità variano, dall'essere taciturni o invece eccessivamente comunicativi, dal voler aiutare ad essere eccessivamente critici. Alcuni pazienti presentano paure o preoccupazioni più profonde che possono essere comprese se gli studenti sono disposti ad essere di aiuto oppure interessati nel problema; alcuni d'altra parte hanno concetti erronei circa lo stato di salute e la malattia.

La struttura delle sessioni In genere i gruppi si compongono di tre studenti, due attori e due insegnanti (un sociologo e un clinico pratico). Le sessioni hanno la durata di tre ore e cominciano con una breve introduzione per ridurre il nervosismo, tanto più che l'impiego del *video-feedback* può essere visto con timore. A vicenda gli studenti vedono un paziente, e in genere ognuno di loro svolge dalle due alle tre interviste in un pomeriggio, ognuna delle quali dura dai 5 ai 10 minuti. Andare per primo è più stressante, e perciò il primo paziente dev'essere non troppo complicato. Nella prima intervista gli studenti raccolgono informazioni per la diagnosi, cercando di farlo in modo ordinato ed efficiente, sensibile alle necessità e alle richieste del paziente. Si richiede agli studenti non un'anamnesi sistematica e dettagliata, ma semplicemente di ottenere l'informazione principale. La limitazione del tempo aiuta ad evitare interviste incoerenti e senza struttura e concentra l'attenzione sul compito specifico. Nella seconda in-

tervista si può riferire informazioni, ad esempio, su di un'endosco su altra procedura. Prima e dopo la seconda intervista ed insegnanti discutono eventuali difficoltà. La terza intervista si riferisce per solito a tematiche di conto piuttosto emotivo, e in questo contesto la consapevolezza dello stato emotivo del paziente è di primaria importanza per una comunicazione soddisfacente (Tab. V). Tutte le interviste sono seguite dagli altri studenti ed insegnanti su un *monitor* televisivo.

Feedback e dittito Dopo ogni intervista lo studente ed il paziente tornano per il *feedback* ed un dibattito di 10-20 minuti. La discussione comincia dallo studente, che esprime la sua pressione sull'intervista, mentre l'attore fornisce un *feedback* diretto. Gli attori spesso discutono su come il "paziente" risponda ad un particolare approccio, e forniscono una prospettiva del come il paziente percepisce i problemi medici. La diagnosi specifica viene discussa in certi suoi aspetti, ma l'accento viene posto sulla tecnica dell'intervista. Temi comuni sono la mancanza di informazioni rilevanti, le opportunità mancate di fare delle domande, le risposte ambigue, l'accento della voce ed altri problemi. Possono emergere anche altri dettagli, come il significato della posizione del corpo oppure il contatto visivo.

Tabella V Un esempio abbreviato di copione per l'attore

Gli attori ricevono informazioni sull'ambiente di vita del paziente, sulla sua personalità e sulla storia della sua malattia.

Ambiente Mrs Morgan è una donna di 43 anni generalmente in buona salute. È sposata da ormai 20 anni e ha tre figli maschi adolescenti. Il marito è gestore di un centro per giardini e lei lavora *part-time* in un negozio. Si stanca facilmente e si preoccupa per il tempo che può dedicare alla famiglia.

Storia della malattia Durante gli ultimi tempi la sua stanchezza andava sempre aumentando. Non si è più sentita bene dopo l'estrazione di un dente del giudizio. Ieri pomeriggio, a casa, è svenuta. Suo figlio ha chiamato il medico di famiglia, che ha ordinato un'immediato ricovero. L'attore deve esprimere la stanchezza, un dolore nella parte sinistra appena al di sopra della cintola; lo svenimento rapido con pochi preavvisi. Se interrogato, l'attore può fornire le seguenti informazioni: febbre reumatica nell'infanzia; nessun'altra malattia di rilievo; trattamento dal dentista un mese fa; estrazione di un dente del giudizio; ultima gravidanza difficile e induzione del parto alla fine della 36ma settimana. Non fuma e beve soltanto quando si trova con amici.

Personalità Mrs Morgan è una persona simpatica che vuole aiutare i dottori. Ma è nervosa e, se agitata, può diventare poco chiara. Può allora confondere i dati, andare indietro, oppure modificare qualcosa che ha detto prima. Nella prima intervista tende a scansare l'idea di una malattia. "Sono soltanto svenuta, nient'altro". Qualche tempo dopo appare più preoccupata. Accetta con gratitudine di essere riassicurata, ma questo non dura a lungo. Qualcos'altro apparirà nella sua mente per farle causare preoccupazioni.

Tabella VI *Un esempio abbreviato di copione: le interviste*

Prima di ogni intervista si trasmettono brevi informazioni verbali allo studente e altre all'attore (che avrà già letto il copione e elaborato il carattere del personaggio prima di partecipare alla sessione dell'insegnamento). Ci sono anche annotazioni per iscritto per sottolineare lo scopo principale della sessione a proposito dell'insegnamento.

Prima intervista

Briefing (Principale informazione) per lo studente Mrs Morgan è stata ricoverata dopo essere svenuta in casa e finora non si sa nient'altro. E' una signora simpatica, anche se un po' nervosa.

Briefing per l'attore Lei è simpatica, vuole essere d'aiuto, ma tende a distrarsi. Cerca di minimizzare l'episodio dello svenimento dicendo che si sente solo un po' debole e vuole andare a casa.

Punto centrale per l'insegnamento Mrs Morgan ce la mette tutta per aiutare i medici e la prima intervista è franca. Lo studente dovrebbe almeno avere un sospetto che la paziente possa essere affetta da endocardite batterica.

Seconda intervista

Briefing (Principali informazioni) per lo studente Deve spiegare a Mrs Morgan che si deve fare un ecocardiogramma, e il perché. Sarebbe anche il caso di darle qualche spiegazione sulle possibili cause dei sintomi che si sono manifestati. Se lo studente non è abbastanza introdotto nella materia, sarà il clinico a descrivere brevemente il test da applicare.

Briefing (Principali informazioni) per l'attore Deve ascoltare e annuire col capo, ma sembra troppo pronta ad annuire anche quando non capisce a fondo le cose. E' un po' troppo disposta a essere gentile e a non disturbare. Lo studente deve controllare molto attentamente se ha capito tutto. Può fare delle domande, ma devono essere piuttosto generali, evocate dal nervosismo: le mani tradiscono l'agitazione. Perché questo?

Punto centrale per l'insegnamento Lo studente deve chiarire alla paziente che deve fare un ecocardiogramma. Questo è soprattutto un esercizio di come spiegare un test comune ad una paziente preoccupata e priva di conoscenze tecniche.

Terza intervista

Briefing per lo studente Deve spiegare i risultati dei tests e la diagnosi. Mrs Morgan dovrà rimanere in ospedale forse per un mese e riceverà antibiotici per via endovenosa ogni sei ore attraverso agocannula.

Briefing per l'attore Adesso la paziente è confusa e angosciata, ma si rende conto che la malattia è seria. E' spaventata per il ricovero: chi si prenderà cura della famiglia? Ma la cannula deve rimanere nel braccio per tutto questo tempo? Si preoccupa meno di se stessa che della famiglia, che se la caverà probabilmente senza troppe difficoltà. Sembra non le venga in mente che possano preoccuparsi molto di più del suo benessere che del pensiero che dovranno cucinare da soli.

Punto principale per l'insegnamento Lo studente spiega la diagnosi e informa Mrs Morgan che dovrà rimanere nell'ospedale per un mese. Mrs Morgan è angosciata e in ansia per la sua famiglia. Lo studente deve far fronte a questa situazione, e deve rassicurare la paziente ma anche sottolineare che deve restare in ospedale.

Il *feedback* viene incoraggiato da parte degli attori e degli altri studenti, mentre gli insegnanti cercano di far in modo che gli studenti ricevano un *feedback* positivo su ciò che è stato fatto bene. Spesso i critici più severi sono gli studenti stessi, e perciò è necessario rassicurarli che in rapporto alla loro esperienza vanno bene. Le interviste vengono registrate interamente, ma se ne ripropongono poi solo secondo i punti specifici sollevati durante la discussione. Gli insegnanti annotano i tempi delle parti interessanti dell'intervista per poter ritrovare subito la corrispondente parte del nastro. Disporre di due insegnanti è di grande aiuto, perché permette ad uno di loro di seguire il video, mentre l'altro controlla la discussione. Una proiezione rallentata e un *playback* muto possono essere di grande utilità nel sottolineare aspetti non verbali della comunicazione.

Un buon insegnamento dell'arte di comunicare richiede buoni insegnanti, e ciò rende necessario un addestramento adeguato. Purtroppo, le possibilità di addestramento sono spesso limitate. Nel nostro caso, è stato di aiuto rivedere la ripresa di due insegnanti nella serie televisiva della *BBC* intitolata *Futuri Dottori*. Rivedere le riprese conferma il ben noto, ma sempre importante, rilievo che gli insegnanti di Medicina parlano troppo e sono troppo didattici. Le tecniche impiegate per migliorare le capacità degli studenti possono essere utili per migliorare anche quelle degli insegnanti.

Valutazione dell'insegnamento

Le valutazioni del St Mary's indicano (Tab. VII) che gli studenti possono trarre profitto da un corso sull'arte di comunicare e fanno pensare che la richiesta di questo tipo d'insegnamento sia destinata ad aumentare. Oltre ai temi trattati, gli studenti ne hanno proposti altri: come dare brutte notizie ai pazienti e alle loro famiglie; come reagire a domande imbarazzanti sulla sessualità o sull'uso della droga; come comunicare con i pazienti più giovani e con quelli più anziani, con pazienti che abbiano problemi di linguaggio o dell'udito o non conoscano bene l'inglese o siano comunque "difficili" perché troppo ansiosi o troppo comunicativi o maleducati o piangenti. L'insegnamento sembra aver influenzato le opinioni sulla comunicazione nella pratica medica. Anche se è presto per un pronostico a lungo termine, c'è da pensare che questo tipo d'insegnamento avrà effetti positivi [8, 24, 25]. Il successo sembra legato alla partecipazione attiva da parte degli studenti, in particolare al dibattito critico e attivo con distribuzione delle parti e con un *video feedback* interattivo con pazienti simulati. Il *video* ha in questo contesto un'importanza particolare, come occasione per gli studenti di vedersi ripresi mentre stanno intervistando o osservando gli

Tabella VII *Valutazione dell'insegnamento*

Tra il 1986 e il 1991 sono stati restituiti 332 questionari dei risultati stati generalmente considerati di successo. Il 61% delle risposte del 65%. Il corso come tale e le sue componenti sono proprio interesse per la comunicazione tra dottore e paziente e l'88% il proprio modo di darsi.

Componente del corso	% delle risposte degli studenti			Perdita di tempo
	Successo elevato	Successo moderato	Non successo	
Lezione			11	2
Osservazione video	26	61	10	3
Dibattito	28	59	8	1
Role play/fish bowl	51	40	9	1
Completivamente	53	37		0
Pazienti simulati	37	61	2	

Le risposte di 124 studenti tra il 1988 e il 1991 dirette esteso. anno che l'insegnamento è stato considerato realistico, utile e meritevole (94%) di esse-

Componente del corso	% delle risposte degli studenti			
	Molto	Abbassanza	Poco	Per niente
I ritratti dei pazienti dati dagli attori sono stati realistici?	88	12	0	0
I commenti da parte degli insegnanti sono stati utili?	62	38	0	0
Sono stati utili i <i>feedbacks</i> da parte degli attori?	68	31	1	0
Completivamente	80	20	0	0

altri mentre conducono le interviste. Lo staff e gli studenti sono stati d'accordo nel ritenere che l'impiego di attori rappresenta una parte fondamentale dell'insegnamento. Gli attori sono in grado di dare flessibilità e raffinatezza all'insegnamento, in una misura difficilmente raggiungibile tramite il semplice gioco delle parti o ricorrendo a veri pazienti. Gli studenti hanno spesso rilevato lo straordinario realismo delle interviste fatte a pazienti interpretati da attori.

Ostacoli da superare

L'orario delle lezioni nelle scuole di Medicina è molto pesante e non è facile trovar spazio per un nuovo corso, oltretutto fuori dal comune. L'espansione dell'insegnamento richiede non soltanto una parte del tempo del curriculum, ma anche un tempo addizionale da parte degli insegnanti. Fortunatamente al St Mary's ci sono molti insegnanti giovani e meno giovani che vorrebbero prendere parte a questo tipo d'insegnamento. Avere uno o più insegnanti a tempo pieno è essenziale per organizzare studenti ed attori e per insegnare agli insegnanti, ed anche come presenza visibile che catalizzi e coordini le varie iniziative.

Il futuro

Uno sviluppo di questo tipo di insegnamento implica che in futuro le capacità degli studenti vengano valutate formalmente. Gli studenti che decidono di non partecipare al corso potrebbero proprio essere quelli che ne hanno maggiormente bisogno. Al momento attuale la capacità di comunicare non viene valutata negli esami finali, ma la si può fare nel contesto del corso fornendo agli studenti un *feedback* diretto delle loro capacità. Probabilmente una valutazione formale richiede un'intervista ad un paziente simulato e standardizzato; lo staff della scuola di Medicina può così valutare le capacità comunicative e l'adeguatezza del contenuto medico, mentre l'attore-insegnante ben addestrato può valutare gli studenti dal punto di vista del paziente. Ovviamente tali valutazioni comportano non poche spese e probabilmente potrebbero essere migliorate attraverso uno *skills lab* oppure attraverso un esame clinico adeguatamente strutturato [27].

Durante gli anni '90 l'insegnamento dell'arte di comunicare diventerà parte integrante dell'addestramento di tutti gli studenti di Medicina delle varie Scuole e degli esami per diventare membri dei Collegi Reali. Il *General Medical Council* ha già raccomandato di introdurre nei corsi una

valutazione di fine d'anno all'abilità a comunicare con successo con i pazienti [28]. Il *Royal College of Physicians* ha richiesto agli esaminatori di progettare modi di valutazione anche per i giovani medici [29], ed è probabile che gli altri Collegi faranno altrettanto. Le nuove coorti di giovani dottori avranno necessità di esperienze in proposito sia prima che dopo la laurea, e senza dubbio le scuole di Medicina dovranno offrirle.

Bibliografia

References

1. General Medical Council. Recommendations on general clinical training. GMC, London 1987
2. Ley P. Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In: Broome AK, Ed. *Health psychology: process and application*. Chapman & Hill, London 1989: 74-102
3. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novac D, *et al*. Doctor-patient communications: the Toronto consensus statement. *Brit Med J* 1991; 303: 1385-1387
4. Ennis M, Vincent CA. Obstetrics accidents: a review of 64 cases. *Brit Med J* 1990; 300: 1365-1367
5. Vincent CA. Medical accidents. In: Mann R, Ed. *Audit and accountability*. Royal Society of Medicine, London 1992; 219: 219-228
6. Richards T. Chasms in communication. *Brit Med J* 1990; 301: 1407-1408
7. Kerr DNS. Teaching communication skills in postgraduate medical education. *J R Soc Med* 1986; 79: 575-580
8. Maguire P, Fairbain S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors. *Brit Med J* 1986; 292: 1573-1578
9. Poole AD, Sanson-Fisher RW. Understanding the patient: a neglected aspect of medical education. *Soc Sci Med* 1979; 13: 37-43
10. Preven DW, Kachur EK, Kupter RB, Waters JA. Interviewing skills of first year medical students. *J Med Educ* 1986; 61: 842-844
11. Sanson-Fisher R, Maguire P. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools? *Lancet* 1980; ii: 523
12. Weinman J. A modified essay question evaluation of pre-clinical teaching of communication skills. *Med Educ* 1984; 18: 164-167
13. Alroy G, Ber R, Kramer D. An evaluation of the short-term effects of an interpersonal skills course. *Med Educ* 1984; 18: 85-89
14. Helfer RE. An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics* 1970; 45: 623-627
15. Mumford E. *Interns: from students to physicians*. Harvard Univ Press, Cambridge, Massachusetts 1971
16. Wakeford R. Communication skills training in United Kingdom medical schools. In: Pendleton D, Hasler J, Eds. *Doctor-patient communication*. Academic Press, London 1983: 233-247
17. General Medical Council. *Commentary on the second survey of medical education practices in United Kingdom medical schools*. GMC, London 1992
18. Whitehouse CR. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. *Medical Education* 1991; 25: 311-318
19. Medical Faculty Committee. *On the competence of pre-registration house officers*. University of London, London 1992
20. Maguire GP, Rutter D. Training medical students to communicate. In: Bennett AE, Ed. *The development and education of a training procedure in communication between doctors and patients*. Oxford University Press, London 1976: 45-74
21. Novack D, Goldstein M, Dube C. *The patient-centred interview*. Student coursebook. Brown University, Providence, Rhode Island 1989
22. Moss F, McManus IC. The anxieties of new clinical students. *Med Educat* 1992; 26: 17-20
23. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Brit Med J* 1975; ii: 486-489
24. Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educat* 1991; 25: 517-526
25. Maguire P. Can communication skills be taught? *Br J Hop Med* 1990; 43: 215-216
26. Van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht medical school. *Med Educat* 1989; 23: 55-61
27. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Med Educat* 1979; 13: 41-54
28. General Medical Council Education Committee. *Report of working party on teaching of behavioural sciences, general practice and community medicine*. GMC, London 1987
29. MRCP exam to emphasise doctor patient relationships. *Br Med J* 1986; 292: 768