

La valutazione di un Corso di Formazione al counselling pediatrico

Furio Lambruschi*, Francesco Ciotti*, Michele Gangemi**, Patrizia Elli**, Silvio Lenzi***

*Formatori, UO di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Riabilitazione dell'Età evolutiva, AUSL Cesena; **Formatori esterni;

***Scuola Bolognese di Psicoterapia cognitiva

Abstract

The appraisal of a Training Course in paediatric counselling

Methods and results regarding the efficacy of a Training Course on paediatric counselling are described in this paper. A subjective appraisal through a satisfaction scale has been submitted to participants. The Calgary Cambridge Guide and a critical simulation by groups have been used; this part of the training has been judged of great benefits for the group especially with the support of psychology professionals. The Calgary Cambridge scale has been considered as a potentially useful personal tool by paediatricians. An objective appraisal has been done through a cross sectional study and a longitudinal study before and after on one of the participating paediatricians. This has been particularly promising considering the detailed and great variety of achievable information in respect to paediatrician's counselling abilities.

Quaderni acp 2006; 13(6): 260-263

Key words *Counselling. Evaluation. Conversation analysis*

L'articolo intende descrivere metodi e risultati di una valutazione di efficacia di un Corso di Formazione al counselling pediatrico. È stata condotta una valutazione soggettiva affidata al grado di soddisfazione percepita dai pediatri partecipanti al corso, riguardante in particolare l'utilizzo della Calgary Cambridge Guide e la simulazione critica in gruppo: questa parte del percorso formativo è stata giudicata più facilmente fruibile all'interno di un lavoro di gruppo e con il supporto di personale con competenza psicologica, mentre la scheda Calgary è stata considerata dai pediatri come potenzialmente utilizzabile anche a livello personale. La valutazione oggettiva, affidata a una ricerca trasversale campione-controllo e a una ricerca longitudinale prima-dopo su uno dei pediatri partecipanti, si è rivelata particolarmente promettente per la ricchezza e il dettaglio delle informazioni che è in grado di offrire rispetto alle abilità di counselling del pediatra.

Parole chiave *Counselling. Valutazione. Analisi conversazionale*

In questo articolo ci proponiamo di delineare e discutere i risultati di una valutazione di efficacia del Corso di Formazione al counselling pediatrico, svolto a Cesena nel 2004 e già descritto in precedenza su questa rivista (*Quaderni acp* 2006;13:166 e 218).

Al termine del corso, insieme agli esperti formatori e ai discenti, si è ritenuto infatti opportuno da un lato valutare la soddisfazione soggettiva percepita dai pediatri partecipanti al corso, dall'altro tentare di individuare e analizzare alcuni indicatori oggettivi esterni di efficacia, definiti da una ricerca comparata campione-controllo e da una ricerca longitudinale prima-dopo su uno dei pediatri partecipanti.

La valutazione soggettiva dei partecipanti

Per quanto riguarda il compiacimento percepito, a fine corso è stato chiesto ai pediatri partecipanti di esprimere la propria soddisfazione soggettiva, articolata separatamente in una valutazione di apprendimento rispetto agli obiettivi cognitivi derivati dall'uso della scheda Calgary (corrispondente alla prima parte di ogni giornata di formazione), e rispetto agli obiettivi emotivi derivati dalla simulazione della situazione critica in gruppo (seconda parte). Ancora, è stato loro chiesto di rispondere singolarmente alle seguenti tre domande: **A.** Come mi sono sentito emotivamente nel gruppo; **B.** Cosa penso di aver lasciato al gruppo; **C.** Cosa penso di aver portato via dal grup-

po; infine, sulla base delle risposte, i partecipanti sono stati invitati a stilare una relazione sintetica delle proprie reazioni.

▲ Nell'uso della scheda Calgary sono stati rilevati, dai partecipanti, aspetti positivi e criticità. Gli aspetti positivi sono stati illustrati separatamente per ciascuna delle fasi indagate dalla scheda. La fase di *inizio e strutturazione del colloquio* aiuta a esplicitare un ordine nella conversazione, onde evitare dispersioni e perdite di tempo; rende più consapevoli rispetto a eventuali prolessità del medico e alla sua tendenza a interrompere o comprimere le espressioni verbali dei genitori. L'*esplorazione del mondo interno* aiuta il paziente a esprimersi, facendo emergere i problemi reali e approfondendoli, evitando la ripresentazione di aspetti superficiali; fa affiorare le reali preoccupazioni che motivano l'accesso. L'*attitudine empatica* sottolinea l'importanza cruciale della disponibilità del pediatra; valorizza l'espressione del paziente in assenza di giudizi; aiuta a connotare i lati positivi per migliorare il rapporto e consolidare l'alleanza medico-paziente. La fase dell'*informare e spiegare* induce a non essere complicati e ampollosi, bensì a fare il possibile per farsi capire, al fine di ottenere un risultato condiviso e duraturo nel tempo, e per meglio giungere alla fase del *negoziare e programmare*; questa costringe il medico a uscire dall'atteggiamento prescrittivo-impositivo per tenere conto dello stile di vita del paziente, costruire insieme programmi accettabili, essere disponibili a considerare punti di vista alternativi al proprio. La *chiusura* infine favorisce una verifica sintetica del programma concordato e della sua comprensione; fornisce un messaggio di disponibilità a continuare la relazione nel tempo ed eventualmente a rivederla e modificarla. Le *criticità* del Calgary Cambridge Guide sono invece state rilevate in una maniera più complessiva. All'inizio, l'uso della scheda, specie in alcune sue parti, è stato

Per corrispondenza:
Francesco Ciotti
e-mail: fciotti@auls-cesena.emr.it

esperienze

Box 1

accolto con difficoltà per la naturale diffidenza del medico verso il “non organico” e per il timore di doversi trasformare in una sorta di “psicoterapeuta”, anche se è chiara la consapevolezza che la relazione e la comunicazione in ambulatorio non possono costituire un optional. Questa difficoltà si è fatta più ardua specialmente nella esplorazione del mondo interno, nella quale risulta difficile definire fino a che punto spingersi senza essere troppo intrusivi e che solleva talora un senso di inadeguatezza nel gestire e governare i problemi che emergono. Difficile è stato anche, nella fase di negoziazione, accettare una posizione più paritetica e interlocutoria con il genitore, per il timore di apparire insicuri o di sminuire il proprio ruolo di fronte alla famiglia. Nel complesso lo strumento, in alcune parti, nonostante le semplificazioni apportate, è risultato ancora poco agile e difficile da memorizzare, anche se l'esercizio e la traduzione grafica ne possono migliorare l'uso.

▲ Quanto alla seconda parte della giornata di formazione, secondo i pediatri la scheda A-B-C si è rivelata utile per esplorare il mondo interno del pediatra stesso, per fargli prendere coscienza delle emozioni che ne condizionano i comportamenti, per osservare i diversi modi di reagire delle persone del gruppo di fronte a una stessa situazione clinica, per sottolineare la pluralità delle risposte possibili e la flessibilità degli stili relazionali. Questa parte del percorso formativo e questo strumento sono apparsi però più facilmente fruibili all'interno di un lavoro di gruppo e con l'aiuto di personale psicologico esperto, mentre la scheda Calgary è considerata dai pediatri come potenzialmente utilizzabile anche a livello personale.

▲ Per quanto riguarda infine le risposte dei pediatri alle ultime tre domande aperte, riportiamo nel *box 1* uno stralcio significativo della sintesi effettuata dal gruppo stesso dei pediatri.

La valutazione oggettiva: i questionari alle madri

La ricerca comparata sugli effetti del counselling parte dall'ipotesi che il pediatra formato al counselling determini una maggiore soddisfazione dell'utente (in questo caso del genitore) nei suoi confronti, con particolare riguardo alle abilità di ascolto, di

“Il timore che ciascuno aveva di non essere capito o di essere criticato sicuramente è stato presente all'inizio. Non sempre è stato facile infatti spogliarsi di sé, fermarsi, guardarsi e lasciare che gli altri ci guardassero. È stata fondamentale la percezione di sentirsi un gruppo disposto ad accogliere l'altro, a confrontarsi nel modo di fare, dove non voleva esserci giudizio ma valorizzazione delle diversità. Sicuramente in questo hanno avuto un ruolo fondamentale e positivo i due coordinatori... Già il tempo che precedeva la videoregistrazione ci metteva in moto dinamiche interiori di attenzione per meglio applicare il cognitivo che andavamo assimilando. È stato simpatico, talora anche divertente vederci ognuno a “casa propria”, nel proprio studio, e ciascuno entrare in qualche modo in casa dell'altro e cercare di immedesimarsi in quella situazione, in quella relazione. Io come mi sarei comportata, cosa avrei pensato? Questa la domanda che ci interpellava nella situazione vissuta dal collega... con meno tranquillità ciascuno rivedeva la propria videoregistrazione: una certa ansia o timore di non essere capito è indubbio che ci seguiva.

Sicuramente resta la voglia di metterci in gioco per costruire una migliore alleanza senza troppa paura di mostrarsi nudi. Ci portiamo via la consapevolezza che le modalità di approccio agli eventi o alle situazioni varia in relazione a come ci disponiamo nei confronti di quella situazione. Ci portiamo via più ordine nel relazionarci agli altri, più attenzione, più capacità di cogliere segni, atteggiamenti, tali da aiutarci ad entrare dentro al vissuto dell'altro, più voglia di entrare in gioco nella relazione con meno paura di esplicitarlo. Crediamo di essere usciti arricchiti da questa esperienza per avere conosciuto diversi stili comunicativi che in qualche modo ci stimolano al cambiamento nella comunicazione col paziente. Certi spigoli del nostro carattere andranno smussati, certe ansie andranno contenute, l'avvicinarsi al mondo interno dell'altro andrà sdrammatizzato e sicuramente non diminuiranno le incombenze burocratiche, ma migliorerà la relazione con i nostri piccoli pazienti e i loro genitori. Abbiamo ricevuto tanto per la condivisione di situazioni emotivamente significative per la nostra vita professionale, ma soprattutto per l'atteggiamento con cui affrontarle. L'esperienza che abbiamo condiviso ci ha aiutato a focalizzare e meglio comprendere i propri limiti e ad avere qualche strumento in più per superarli, ci ha permesso di conoscere meglio la nostra personalità e il modo in cui viviamo il nostro lavoro”.

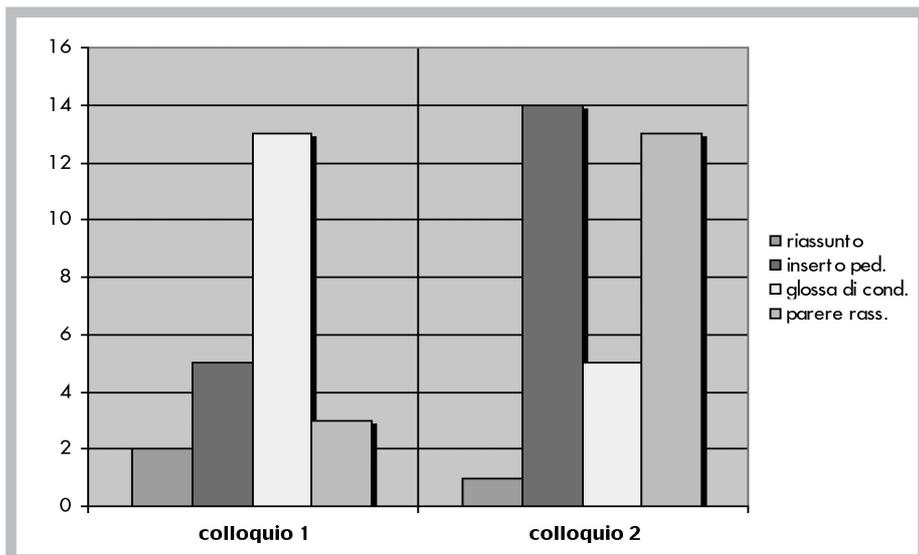
TABELLA 1: VALUTAZIONE DEI QUESTIONARI

Domande	Numero risposte	Media	p
1. Si fa capire bene	159 335	8,59 8,58	0,941
2. Mi mette a mio agio tanto da potergli esprimere i miei dubbi e le mie incertezze riguardo alla salute di mio figlio	161 338	8,19 8,08	0,584
3. Presta ascolto a ciò che il genitore dice	163 336	8,44 8,36	0,653
4. Crea un clima amichevole e familiare	161 335	8,18 7,83	0,099
5. Fornisce spiegazioni esaurienti e molte informazioni sulla cura del bambino	162 339	8,17 8,17	0,995
6. Dedicava un tempo adeguato alla visita	162 336	8,41 8,12	0,128
7. Mi è vicino con consigli e interventi personali, come per esempio telefonate ai colleghi o lettere di presentazione in caso di ricovero in ospedale	134 275	7,52 7,40	0,598
8. Capisce le mie preoccupazioni e le mie paure di genitore rispetto ai problemi di mio figlio	159 332	7,93 7,72	0,303
9. Tiene conto del mio punto di vista di genitore e discute con me prima di prescrivermi esami o terapie	158 319	8,11 7,77	0,086
10. Lo sento interessato e vicino ai problemi che gli presento senza giudicarmi	161 329	8,06 7,90	0,431

negoziazione, di empatia, di esplorazione del mondo interno. L'ipotesi dello studio sottoposta a verifica è che i pediatri di base formati debbano avere una media statistica-

mente significativa più alta negli item di un questionario compilato dai genitori, relativi alle abilità descritte, rispetto ai pediatri che non hanno frequentato il corso. Il questio-

FIGURA 1: ANALISI DEI COLLOQUII PRECEDENTI E SUCCESSIVI AL CORSO



Box 2

Inseri didattici/pedagogici

Si tratta di momenti informativi ed educativi realizzati dal pediatra con interventi anche brevi. Possono riguardare il contenuto della domanda, gli aspetti eventualmente sintomatici o i fatti riportati dal genitore o qualunque altro argomento. Es.: "Il moncone ombelicale a qualcuno cade entro i 10 giorni, a qualcun altro dopo un tempo maggiore, dipende..."

Glosse di conduzione

Si tratta di interventi vari che hanno la funzione di facilitare la collaborazione, di solito spiegando il da farsi o il significato di quanto viene richiesto. Possono essere considerati parte di una macroattività detta "accordo procedurale", importante anche ai fini di migliorare la qualità della relazione. Es.: "Adesso andiamo a vedere questa bimba... c'è l'otite perforata a sx, altre cose non ce ne sono".

Riassunti

Rappresentano un raffinato ed efficace strumento di direttività. Ve ne sono di diversi tipi, tra gli altri citiamo il riassunto cosiddetto informativo, per le sue caratteristiche di elegante sintesi tra l'atteggiamento di ricalco e di guida, fondamentale per l'efficacia del colloquio. Es.: "Diciamo allora che la sua paura è quella di non riuscire abbastanza ad accontentare, a rispondere al bisogno della bambina..."

Pareri rassicurativi/normalizzanti

Denotano attenzione allo stato emotivo dell'interlocutore e capacità di percepirne in diretta le modificazioni, oltre che una buona capacità di sintonizzazione. Es.: "Pesa 3350 g, quindi è cresciuto molto bene, quindi questo conferma l'impressione che il bambino poi aveva".

nario, derivato e adattato dalla ricerca da Caso e coll., comprende 10 domande, sulle quali il genitore deve assegnare un punteggio al suo pediatra compreso tra 1 e 10 (1). Gli item 1-5 fanno riferimento a competenze primariamente cognitive del pediatra, nel farsi capire e nel fornire spiegazioni adeguate; gli item 6-7 riguardano invece la sua tendenza a rendersi disponibile alle richieste del genitore; l'item 3 è riferito alla capacità di ascolto; l'item 9 alle sue capacità di negoziazione; gli item 2-4-8-10 all'empatia (tabella 1).

Il questionario è stato compilato rigorosamente anonimo sia per quanto atteneva al genitore compilante sia per quanto riguardava il pediatra di base: il genitore non

apponeva il nome del pediatra, ma barrava semplicemente il riquadro del gruppo cui il pediatra apparteneva. I risultati sono stati quindi letti ed elaborati sul gruppo e non sul singolo. Il gruppo dei pediatri che non ha partecipato al corso e che ha funzionato come gruppo di controllo era composto da 10 pediatri di base; 6 erano i pediatri di base che hanno partecipato al corso e che costituivano il gruppo campione. La ricerca è stata effettuata presso il Consultorio Pediatrico di Cesena, ove i questionari sono stati consegnati alle mamme in occasione della seduta vaccinale del proprio figlio, di età compresa tra 2 mesi e 5 anni, nel mese di settembre 2005, a tre mesi di distanza dalla fine del Corso di Formazione. I que-

stionari compilati sono stati 502: 339 per il gruppo controllo e 163 per il gruppo campione.

I risultati sono esposti nella tabella 1. I numeri delle risposte sono tra loro diversi, perché non tutti i genitori hanno risposto a tutte le 10 domande del questionario. L'alfa di Cronbach è pari a 0,967 a indicare l'elevata coerenza interna degli item. La media dei punteggi a tutte le domande è molto elevata, pari a 8 circa, ossia molto vicina al tetto massimo di 10, sia per il gruppo campione che per il gruppo controllo, con deviazione standard rispetto alla media compresa tra 1 e 2. Ciò significa che le abilità esaminate dal questionario sono molto alte in tutti i pediatri, per cui resta difficile trovare una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi. In effetti, anche se la media riportata dal gruppo campione è sempre più alta, agli item non ci sono differenze statisticamente significative, se non alla domanda 4 (clima amichevole e familiare) e alla domanda 9 (negoziiazione) ove la p è inferiore a 0,1, ma superiore a 0,05, con una tendenza alla significatività.

La valutazione oggettiva: le conversazioni di un pediatra

La valutazione col questionario, laddove risulti positiva per i pediatri che hanno frequentato il counselling, potrebbe essere inficiata da un bias di selezione: i pediatri partecipanti al counselling, motivati al Corso e sensibili alla dimensione relazionale della loro professione, potrebbero essere già in partenza più portati ad avere atteggiamenti di ascolto e di negoziazione verso la famiglia del bambino. Abbiamo perciò pensato di effettuare un'altra valutazione centrata solo sui pediatri che hanno frequentato il Corso, confrontando il loro stile comunicativo e conversazionale prima del percorso formativo e dopo la sua conclusione. A tal fine sono state audioregistrate e trascritte due sedute ambulatoriali di un pediatra partecipante, una precedente e una successiva alla fine del Corso. La selezione e la quantificazione degli indicatori conversazionali sono state condotte alla cieca sui due colloqui da uno degli Autori. Sono stati selezionati alcuni indicatori relativi ad azioni conversazionali che possiamo definire ausiliarie all'attività interattiva di base (2-3). Essi, pertanto, risultano inframmezzati all'attività principale svolta in quel momento dell'incontro, che sia di indagine

o di accertamento o di prescrizione o altro. Si tratta quindi di una serie di competenze trasversali di base, che non vanno ad alterare la struttura di ogni singolo incontro, ma possono impreziosirlo, qualificandone lo svolgimento. Gli indicatori prescelti sono descritti nel *box 2*.

I risultati dell'analisi sui due colloqui sono riportati nella *figura 1*. Il primo colloquio, precedente al corso, è caratterizzato da un elevato utilizzo delle glosse di conduzione (n.13) e da uno scarso ricorso a inserti pedagogici (n. 5) e pareri rassicurativi (n. 3). Invece nel secondo colloquio, successivo al corso, si evidenziano una forte riduzione delle glosse (n. 5) e un cospicuo incremento degli inserti pedagogici (n. 14) e dei pareri rassicurativi (n. 13). In entrambi i colloqui i riassunti sono poco rappresentati.

L'incremento della presenza degli inserti pedagogici e dei pareri rassicurativi del medico depone per una migliore capacità di spiegazione dei problemi e di condivisione empatica e di sintonia emotiva col genitore. Le glosse di conduzione, relative alla esplicazione delle diverse fasi di transizione del colloquio e della visita del professionista, possono essere maggiormente influenzate dal contesto e dagli obiettivi del consulto ambulatoriale. In particolare, in questo caso, il primo colloquio era relativo alla visita di due fratelli sintomatici (otite perforata e tosse), mentre il secondo colloquio si riferiva a un bilancio di salute: si può presumere che il primo contesto richiedesse di per sé una maggiore necessità di esplicitare i diversi percorsi della visita.

Questo tipo di valutazione, che ci sembra assai originale per questo ambito di ricerca, si mostra particolarmente promettente per la ricchezza e il dettaglio delle informazioni che è in grado di offrire rispetto alle abilità di counselling del pediatra. Tuttavia, per una maggiore validità e confrontabilità, richiederebbe, da un lato, l'identificazione di colloqui pre e post più omogenei per contesto e durata, dall'altro, l'analisi di un numero più consistente di colloqui per pediatra e di pediatri diversi. ♦

Bibliografia

- (1) Caso G, Ancona M, Venturelli L, Bignoli M. Qualità percepita in pediatria di famiglia, Area Pediatrica 2004;1:17.
- (2) Bercelli F, Lenzi S. Analisi conversazionale di sedute di terapia cognitiva. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 1998;2:6-27.
- (3) Bercelli F, Lenzi S. Tipi di attività in psicoterapia: l'accordo procedurale. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 2004;15:8-27.

GLI OTTO PASSI DELL'ACP: FORTE L'ECO SULLA STAMPA

Gli "otto passi" dell'ACP hanno fatto parlare di sé. Stampa e internet hanno diffuso la notizia della tavola rotonda "Otto passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini" che il 19 settembre scorso ha coinvolto gli attori - di ogni ordine e grado - della gestione del problema delle vaccinazioni. Il *Corriere della sera* intitola la pagina: "No alla devolution dei vaccini - i pediatri dicono sì all'autonomia ma serve una strategia comune" e parla "dei rischi sottolineati dall'ACP di una possibile crescente disomogeneità" lungo lo stivale. Il *Corriere* si sofferma sull'abolizione dell'obbligo vaccinale in Veneto e sull'analogo progetto piemontese come prova del mancato coordinamento tra le Regioni. La pagina si chiude con il commento di Giuseppe Saggese, presidente della Società Italiana di Pediatria, che si esprime a favore del superamento dell'obbligo vaccinale: "Si deve arrivare a un'accettazione volontaria e consapevole da parte delle famiglie". Dello stesso parere Michele Gangemi, presidente dell'ACP, che però non drammatizza sulla scelta della regione Veneto, sottolineando che "il livello vaccinale e soprattutto l'informazione alle famiglie, già avviata da anni, mette al riparo da ogni rischio". Gli otto passi dell'ACP arrivano anche sul *Sole 24 Ore Sanità* che pubblica un articolo a firma di Michele Gangemi e Luisella Grandori.

La diffusione maggiore della notizia si è avuta via internet. I comunicati stampa lanciati dalle due principali agenzie giornalistiche Ansa e Adnkronos sono stati ripresi da numerosi siti di informazione medico-scientifica, rivolti sia ai cittadini che ai professionisti della salute.

Salute Europa News, Yahoo! Salute, Cybermed, Dica33 e altri portali spiegano gli "8 passi" proposti dall'ACP per la tutela della salute dei bambini che sono stati svizzerati nel corso della tavola rotonda. *Bisturi.it* - la versione online dell'omonimo quindicinale di politica, legislazione, economia in Sanità - pone l'accento sulla dichiarazione di Donato Greco: "Avevamo parlato di percorsi regionali, ma questa situazione va sicuramente superata: occorre rinforzare il coordinamento tra Regioni e Stato". Lo stesso messaggio viene ripreso da VacciNetwork, DoctorNews33, Intrage, Farmacia.it e, anche, in un comunicato stampa del Movimento italiano genitori (Moige) come sostegno della presa di posizione del Movimento contro il federalismo vaccinale attuato da alcune regioni. Altre notizie diffuse sulla rete dopo l'incontro del 19 settembre sono: "L'esperto: vaccinarsi contro l'influenza stagionale; sarà aggressiva"; e "Morbilli: Ugazio (SIP), a Roma allarme epidemia", che vengono pubblicate su alcuni dei siti sopra citati e sul portale della Svizzera italiana TicinOnline.

Del Piano vaccinazioni proposto dall'ACP ha parlato anche Il Pensiero Scientifico Editore, prima con una segnalazione della tavola rotonda sulla newsletter *Va' Pensiero*, e alla conclusione dei lavori con la pubblicazione online di un articolo di commento che sottolinea l'importanza di aver riunito attorno a un tavolo tutte le figure coinvolte e di aver raggiunto un consenso unanime: "Tra un anno ci dobbiamo incontrare nuovamente, non per discutere nuovamente su questi 8 punti, ma per verificare se e dove sono stati applicati e se ci sono delle distorsioni", commenta Maurizio Bonati. Il sito dell'Epicentro è ritornato sul tema degli 8 passi in un articolo di Michele Gangemi e Patrizia Elli "Vaccinazioni: diritto o dovere?", che affronta la delicata questione dell'obbligo vaccinale e dell'importanza del counselling per giungere a una scelta consapevole e condivisa tra servizio sanitario e genitori. Portare all'attenzione del pubblico il piano degli "8 passi" attraverso i diversi canali mediatici rappresenta un piccolo passo per informare la collettività sulle attività e iniziative dell'ACP, in omaggio alla trasparenza e al dovere di informare non solo i professionisti della salute ma anche i cittadini e le associazioni. Un piccolo passo per tutelare, quanto possibile, il diritto dei cittadini all'informazione, soprattutto su un tema sanitario come quello della vaccinazione, che interessa non solo l'individuo ma anche la collettività, e sul quale circolano notizie spesso imprecise e in contrasto con le indicazioni ufficiali.

Laura Tonon
ufficiostampa_acp@tiscali.it

Si veda anche a pag. 267 e a pag. 272.