

# Una proposta di utilizzo dell'IA per lo sviluppo delle abilità comunicative nei medici in formazione

## A proposal for the use of AI in the development of communication skills in medical students

VALENTINA PENNAZIO\*, RITA CERSOSIMO\*\*

**RIASSUNTO:** L'articolo descrive una proposta didattica per studenti del quarto anno di Medicina, volta a sviluppare competenze comunicative tramite l'uso dell'intelligenza artificiale, in particolare ChatGPT. Il corso di dieci ore integra attività teoriche e pratiche, con casi studio che simulano interazioni medico-paziente, e utilizza il questionario ME-CO per monitorare i progressi. Gli studenti riflettono sull'importanza della comunicazione e della cura pedagogica nel processo clinico.

**PAROLE-CHIAVE:** cura pedagogica, intelligenza artificiale, abilità comunicative, formazione medica.

**ABSTRACT:** The paper outlines an educational proposal for fourth-year medical students aimed at developing communication skills through the use of artificial intelligence, particularly ChatGPT. The ten-hour course integrates both theoretical and practical activities, including case studies that simulate doctor-patient interactions, and employs the ME-CO questionnaire to track progress. Students reflect on the importance of communication and pedagogical care in the clinical process.

**KEY-WORDS:** pedagogical care, artificial intelligence, communication skills, medical training.

\* Università degli Studi di Genova. Autrice dei par. 1, 2 e 4.1;

\*\* Università degli Studi di Genova. Autrice dei par. 3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.2, 5.

## 1. Introduzione

Nel campo della medicina, il concetto di cura assume spesso una connotazione strettamente clinica, legata all'intervento medico, alla diagnosi, e al trattamento delle patologie. Tuttavia, con l'avanzamento delle scienze umane e sociali, è emersa una visione più olistica della cura che ha incluso nel corso del tempo, non solo aspetti clinici ma anche pedagogici.

La cura pedagogica si riferisce, infatti, a quella dimensione educativa e comunicativa della relazione medico-paziente, che mira a promuovere il benessere globale della persona attraverso una comprensione e un supporto che trascendono la semplice somministrazione di terapie (Goleman, 2006; Frank, 1995).

Nella letteratura esistente, la distinzione tra cura medica e cura pedagogica è stata oggetto di un ampio dibattito che si è concluso con una intersezione dei due approcci.

La cura medica, infatti, è stata descritta a lungo come un'attività prevalentemente tecnica e scientifica, orientata alla risoluzione delle problematiche fisiche del paziente. Tuttavia, in tempi più recenti, l'approccio educativo e comunicativo, ovvero la cura pedagogica, è risultata fondamentale per la costruzione di un'alleanza terapeutica efficace e sostenibile.

Come osservato da Kleinman (1988), il processo di cura dovrebbe includere al suo interno anche una dimensione di supporto emotivo e cognitivo orientato a favorire il sostegno e il coinvolgimento del paziente con una maggiore adesione alle terapie prescritte. L'utilizzo delle storie come strumento di valutazione dell'efficacia della cura e di costruzione di una più importante relazione tra medico e paziente, porta alla diffusione dell'idea che la medicina debba caratterizzarsi anche in termini antropologici, in quanto sistema culturale che sostanzia sia la realtà clinica della patologia, sia l'esperienza che di essa fa il malato.

L'importanza della cura e del prendersi cura in senso pedagogico è la prospettiva culturale e di principio a cui si tenta di avvicinare gli studenti che frequentano il corso di Medicina presso l'Università di Genova. Nello specifico, al quarto anno del corso è previsto nell'ambito delle discipline attinenti alle Metodologie in Medicina, l'insegnamento di Didattica e Pedagogia Speciale. Tale insegnamento si propone di sviluppare competenze comunicative in senso pedagogico avvalendosi dell'uso dell'intelligenza artificiale, e in particolare della ChatGPT, modello di linguaggio

avanzato di OpenAI. Questa proposta formativa recupera le esperienze di simulazione attuate ormai da diversi anni e con buoni risultati, mediante l'impiego della Realtà Virtuale e dei sistemi di Robotica più evoluti dal Centro di Servizio di Ateneo di simulazione e formazione avanzata dell'Università di Genova Simav.

La proposta formativa presentata, come descritto in seguito, si distingue inoltre per l'integrazione di attività teoriche e pratiche e l'uso di casi studio finalizzati a simulare realisticamente le interazioni medico-paziente. Gli studenti sono invitati, a chiusura del percorso, a riflettere sull'importanza della comunicazione e della cura pedagogica nel contesto clinico, utilizzando il questionario ME-CO come strumento per monitorare i progressi e adattare le attività in base ai risultati ottenuti. La riflessione sulle dinamiche comunicative, supportata dall'analisi dei casi studio e dal monitoraggio dei progressi attraverso strumenti specifici come il questionario ME-CO, si ritiene possa aiutare a consolidare una pratica medica in cui si integrano aspetti tecnici e relazionali, arricchendo il processo di cura e promuovendo un'interazione più empatica e consapevole.

## **2. Dalla cura medica alla cura pedagogica: intersezioni possibili**

La distinzione tra cura medica e cura pedagogica, tema centrale in diversi ambiti disciplinari, ha trovato una rinnovata attenzione negli studi contemporanei. La riflessione si è concentrata su come queste due forme di cura, pur avendo obiettivi e metodi distinti, possano contribuire congiuntamente al benessere complessivo della persona. Entrambe le forme di cura, infatti, pongono al centro la presa in carico del paziente, ma lo fanno attraverso approcci e finalità differenti. Mentre la cura medica si concentra principalmente sulla dimensione fisica della salute e sulla risoluzione delle patologie, la cura in senso pedagogico si occupa del sostegno alla persona nel suo complesso valorizzando gli aspetti relazionali, comunicativi ed empatici propri del prendersi cura. In questa prospettiva, il pensiero di Mortari (2006) si inserisce proficuamente distinguendosi per la valenza posta sulla dimensione etica e relazionale della cura.

La cura medica, tradizionalmente incentrata sull'approccio biomedico, è maggiormente interessata all'identificazione, il trattamento e la prevenzione delle malattie e dei disturbi a queste correlate con il fine ultimo

di garantire la salute e il benessere fisico dell'individuo attraverso l'applicazione di pratiche scientifiche basate su evidenze cliniche.

Già nel saggio *Nemesi Medica* del 1976 Ivan Illich inizia una critica all'approccio medico sottolineando come la medicina moderna si concentri troppo sugli aspetti tecnici e scientifici trascurando spesso il contesto umano e relazionale del paziente. Illich sottolinea come, nell'ambito della cura medica, si rischi di ridurre l'individuo a un corpo da trattare, senza considerare gli aspetti sociali e psicologici.

Un altro contributo rilevante proviene da Cosmacini (2016), storico della medicina distingue tra il curare, inteso come processo tecnico e scientifico, e il prendersi cura, che implica una dimensione più ampia. Secondo Cosmacini, il vero senso della cura risiede nell'integrazione tra queste due dimensioni, dove il paziente è considerato un essere complesso, con bisogni non solo fisici ma anche emotivi e sociali.

Recentemente, la medicina si è orientata quindi verso un approccio più olistico che prende in considerazione anche gli aspetti psicologici e sociali del paziente. Mortari, nel suo lavoro *La pratica dell'aver cura* (2006), esplora come la cura in ambito medico possa trarre beneficio dall'integrazione di una prospettiva relazionale e umanistica. Sostiene che la cura autentica deve andare oltre la dimensione tecnica del curare e includere la comunicazione l'ascolto e l'empatia, che facilitano una comprensione profonda del vissuto del paziente.

La cura pedagogica, d'altro canto, ha come obiettivo lo sviluppo globale della persona, e si realizza attraverso una relazione capace di andare oltre il semplice trattamento di un problema specifico.

Infatti, Dewey già nel 1938 sottolinea come la cura pedagogica debba essere orientata al contesto esperienziale dell'individuo e basarsi su una prospettiva trasformativa piuttosto che riparativa mentre Paulo Freire (1970), introduce l'idea di cura pedagogica non come ciò che consente la correzione di un difetto, ma come l'accompagnamento dell'individuo verso una maggiore libertà e autocomprensione. Anche per Noddings (1984), la cura è un'azione che va oltre il semplice atto di assistere: è un impegno che coinvolge la sfera emotiva e relazionale.

La differenza principale tra cura medica e cura pedagogica risiede dunque nella loro finalità. La cura medica mira a guarire o mitigare una patologia, intervenendo spesso in modo mirato e specializzato; la cura pedagogica, invece, ha un approccio olistico e mira a sostenere la persona in tutte le sue dimensioni.

Al di là di queste differenze, è necessario porre l'accento sull'esistenza di significative intersezioni tra le due.

Carl Rogers già nel 1951 ritiene che la cura pedagogica e quella medica possano beneficiare reciprocamente di un modello basato sull'empatia e sull'ascolto attivo. Nel suo *Client-Centered Therapy* (1951), Rogers afferma infatti che l'ascolto empatico e non giudicante è fondamentale sia in ambito terapeutico che educativo, poiché permette all'individuo di sentirsi compreso e supportato nel suo percorso di crescita.

In tempi più recenti, la medicina narrativa, come sostenuto da Rita Charon (2006), propone un modello in cui il medico considera la narrazione personale del paziente come parte integrante del percorso di cura.

Questo approccio introduce un elemento pedagogico nella cura medica, spostando l'attenzione non solo sul curare, ma anche sul prendersi cura.

L'inclusione delle narrazioni individuali può umanizzare la pratica medica, promuovendo una cura che riconosce la persona nella sua interezza.

In sintesi, mentre la cura medica e la cura pedagogica si differenziano per approccio, obiettivi e metodi, entrambe si arricchiscono reciprocamente attraverso il dialogo tra le loro pratiche. Si tratta di una visione integrata, che unisce l'attenzione al corpo della medicina e la cura della crescita interiore della pedagogia portando a un concetto di cura più completo e umanizzante, che risponde ai bisogni complessi degli individui partendo da una buona gestione della dimensione comunicativa.

### **3. Le dimensioni della comunicazione medica**

Una buona comunicazione tra medico e paziente è essenziale per garantire la qualità delle cure e promuovere il benessere. Essa va oltre la semplice trasmissione di informazioni, coinvolgendo una serie di competenze che facilitano un'interazione efficace e costruttiva. Numerosi studi hanno dimostrato che le capacità comunicative dei medici sono un fattore determinante per migliorare gli esiti clinici e aumentare la soddisfazione del paziente (Mehta, 2013). Un dialogo efficace con il paziente non solo contribuisce a ridurre l'ansia del paziente stesso, ma incrementa anche il grado di soddisfazione percepita (Jones et al., 2022). Tuttavia, i benefici di una buona comunicazione non si riflettono solo sul paziente: anche i medici traggono vantaggio da interazioni di alta qualità, in quanto queste

non solo migliorano il loro benessere professionale, ma accelerano anche il processo diagnostico, rendendolo più accurato (Capone et al., 2022; Capone, 2011; Suchman et al., 1993).

Un ampio corpus di ricerca ha identificato le caratteristiche chiave di un buon comunicatore, ponendo particolare attenzione alle dimensioni affettive e morali della pratica medica (Laidlaw et al., 2007). Tra queste, si evidenziano qualità come la compassione, l'empatia, l'affidabilità, il rispetto, l'onestà e l'integrità. A tali qualità si affiancano competenze tecniche essenziali, come l'abilità di formulare domande adeguate, la comunicazione chiara della diagnosi e l'ascolto attivo. Queste competenze non solo migliorano l'interazione con il paziente, ma rappresentano anche la base per un'assistenza medica centrata sulla persona, in cui il paziente si sente ascoltato e rispettato.

Uno studio recente di Capone (2022) ha analizzato la letteratura esistente sulla comunicazione medica con l'obiettivo di sviluppare uno strumento per misurare la percezione di autoefficacia dei medici riguardo alla loro capacità di gestire gli aspetti comunicativi con i pazienti. La Scala di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Medica (ME-CO) si articola in tre fasi non sequenziali della comunicazione medico-paziente: raccolta delle informazioni, restituzione delle informazioni al paziente e creazione e mantenimento della relazione (Lewkonia, 1991). Ogni fase include competenze specifiche che i medici devono sviluppare per migliorare la loro efficacia comunicativa.

### 3.1. Fase di raccolta delle informazioni

Nella fase di raccolta delle informazioni, il medico deve padroneggiare una serie di competenze fondamentali per comprendere a fondo la condizione del paziente. Tra queste, un ruolo cruciale è svolto dalle *abilità di formulare domande* (Cox et al., 1981). Queste non si limitano alla semplice richiesta di dati, ma implicano la capacità di porre quesiti mirati che permettano di esplorare il punto di vista del paziente, stimolandolo a esprimere le proprie preoccupazioni e percezioni. È essenziale che il medico utilizzi domande stimolo in maniera appropriata, per far emergere sia i sintomi clinici sia le informazioni psicologiche e sociali rilevanti, contribuendo così a una visione globale della condizione del paziente.

Un'altra competenza chiave è la capacità di *riconoscere e utilizzare gli indizi forniti dal paziente* (Brown et al., 1986). Questi segnali, spesso espressi in modo indiretto attraverso il linguaggio verbale o non verbale, possono offrire importanti informazioni sottostanti che il paziente non comunica esplicitamente. Saper individuare e sfruttare tali indizi è essenziale per costruire una relazione più profonda e favorire una comunicazione più ricca e comprensiva.

L'*ascolto attivo* (Lipkin et al., 1995) completa questo quadro di competenze richieste in questa fase e riveste un'importanza fondamentale nella relazione medico-paziente. Non si tratta semplicemente di ascoltare le parole del paziente, ma di creare un ambiente in cui quest'ultimo si senta accolto e incoraggiato a condividere liberamente la propria esperienza.

L'ascolto attivo include l'uso consapevole del silenzio per dare spazio al paziente, l'incoraggiamento a proseguire nel racconto e il rispetto dei turni di parola, dimostrando così una presenza attenta e rispettosa. Questa pratica contribuisce a instaurare un clima di fiducia, fondamentale per un'interazione autentica e costruttiva.

### 3.2. Fase di restituzione delle informazioni

Nella fase di restituzione delle informazioni, un ruolo importante è rivestito dalle competenze di *verifica* (Cohen-Cole & Steven, 1991), che consistono nel garantire la correttezza e l'accuratezza delle informazioni condivise dal paziente. Questo processo permette al medico di confermare e validare quanto emerso durante la raccolta dei dati clinici, assicurando che le informazioni su cui si basa la diagnosi siano affidabili. La verifica non è solo un passaggio tecnico, ma anche relazionale, poiché richiede un dialogo attivo e continuo con il paziente, volto a evitare fraintendimenti e incomprensioni.

Un aspetto altrettanto fondamentale riguarda le abilità comunicative nella *condivisione della diagnosi* (Bensing et al., 1996). Spiegare chiaramente al paziente la natura della sua patologia, le opzioni terapeutiche disponibili e le implicazioni cliniche delle possibili scelte è un compito delicato e complesso. L'efficacia di questa comunicazione è determinante per garantire che il paziente possa prendere decisioni informate e consapevoli riguardo al proprio percorso di cura. Per raggiungere tale obiettivo, il medico deve modulare il proprio linguaggio in base al livello

di comprensione del paziente, evitando un uso eccessivo di tecnicismi e semplificando i concetti senza sacrificare l'accuratezza delle informazioni.

Il processo di restituzione delle informazioni deve infatti avvenire in un contesto di totale trasparenza e *chiarezza* (Frankel & Stein, 1999).

Ogni dettaglio riguardante la diagnosi, le terapie e i rischi connessi alle diverse opzioni deve essere presentato in modo accessibile e comprensibile, affinché il paziente possa sentirsi parte integrante del processo decisionale. Il medico deve inoltre incoraggiare il paziente a porre domande e a esprimere dubbi o perplessità, offrendo chiarimenti ove necessario. Questo scambio di feedback è essenziale per garantire una comunicazione bidirezionale, che non si limiti alla trasmissione passiva di informazioni, ma che favorisca un'interazione attiva e collaborativa.

Inoltre, i medici devono essere consapevoli del fatto che i pazienti possono provenire da contesti culturali diversi, con credenze, valori e pratiche che influenzano la loro percezione della salute, della malattia e del trattamento. Un approccio culturalmente sensibile richiede la capacità di adattare la comunicazione tenendo conto di queste variabili, favorendo così una relazione di cura basata sul rispetto delle individualità e delle esperienze soggettive del paziente anche legate all'età, al genere, alle preferenze individuali e ad altri fattori che possono influenzare il modo in cui il paziente riceve e interpreta le informazioni mediche.

### 3.3. Fase di mantenimento della relazione

La fase di mantenimento della relazione medico-paziente richiede competenze di riflessione e un approccio profondamente empatico, che si traducono nella capacità di restituire informazioni coerenti con le priorità e i bisogni del paziente, soprattutto in relazione ai suoi sentimenti ed emozioni. L'empatia, in questo contesto, si manifesta non solo nella capacità di comprendere le emozioni del paziente, ma anche nell'abilità di rispondere in modo adeguato e sensibile a queste. L'*empatia* non è solo una caratteristica desiderabile, ma un elemento centrale per migliorare l'aderenza terapeutica e la soddisfazione complessiva del paziente (Jones et al., 2022; Laidlaw et al., 2007). La capacità di comprendere e rispondere ai sentimenti del paziente contribuisce infatti a creare un ambiente in cui quest'ultimo si sente ascoltato, compreso e supportato, elementi che

possono influire positivamente sulla sua collaborazione nel seguire le indicazioni terapeutiche e nel prendere decisioni condivise.

Un'altra componente essenziale nella fase di mantenimento della relazione è la gestione efficace della *comunicazione non verbale* (Silverman et al., 2016). Il controllo e l'uso consapevole del linguaggio del corpo, del tono di voce e delle espressioni facciali sono importanti per veicolare un messaggio di attenzione e rispetto verso il paziente. In particolare, il contatto visivo (Moja & Vegni, 2000) svolge un ruolo cruciale nel costruire un legame di fiducia. Mantenere il contatto visivo con il paziente non solo dimostra attenzione, ma contribuisce anche a farlo sentire valorizzato e compreso. Allo stesso modo, un tono di voce calmo e rassicurante e una postura aperta possono ridurre l'ansia del paziente e creare un ambiente più confortevole per la comunicazione.

#### **4. Un possibile uso di ChatGPT per formarsi alla cura pedagogica nel dialogo medico-paziente**

##### *4.1. Usare l'IA nella formazione medica*

L'uso dell'intelligenza artificiale (IA) nella formazione dei medici è un campo in rapida evoluzione che ha attirato un interesse crescente da parte della comunità scientifica e accademica. L'IA offre potenziali applicazioni nella formazione medica che vanno dal miglioramento dell'apprendimento teorico, alla simulazione clinica, fino al supporto nelle diagnosi.

Lo stato dell'arte della ricerca su questo tema rivela un ampio spettro di approcci e soluzioni, orientate a migliorare le competenze cliniche e l'efficienza formativa.

Uno degli ambiti principali di applicazione dell'IA nella formazione medica è rappresentato dai sistemi di tutoring intelligente (ITS, Intelligent Tutoring Systems). Tali sistemi utilizzano algoritmi di machine learning e reti neurali per adattare l'insegnamento alle esigenze individuali dello studente, personalizzando contenuti e modalità didattiche. Secondo un lavoro pionieristico di Cook et al. (2014), l'uso degli ITS in medicina ha dimostrato di migliorare significativamente la capacità diagnostica dei medici in formazione, grazie a scenari clinici simulati in grado di fornire feedback immediati e adattivi.

Un altro studio di Roll & Wylie (2016) ha sottolineato come questi sistemi possano anche ridurre il tempo necessario per l'acquisizione di competenze pratiche rispetto ai metodi tradizionali.

La simulazione clinica potenziata dall'IA, specialmente con l'uso della realtà virtuale (VR) e della realtà aumentata (AR), è diventata un elemento cruciale nella formazione medica. Tali tecnologie permettono agli studenti di medicina di interagire con ambienti clinici simulati e di praticare procedure complesse senza mettere a rischio pazienti reali. Un esempio rilevante è lo studio di Winkler-Schwartz (2019), che ha documentato l'uso della realtà virtuale e delle simulazioni AI-driven per l'insegnamento di procedure chirurgiche, dimostrando un miglioramento delle abilità tecniche e una riduzione degli errori. Inoltre, un'analisi sistematica di Maresky et al. (2019) ha evidenziato come l'integrazione di AI in ambienti di simulazione virtuale migliori non solo le abilità pratiche, ma anche la fiducia dei medici in formazione.

In questo panorama, ChatGPT, un modello di intelligenza artificiale OpenAI, sta emergendo come uno strumento promettente nella formazione dei medici. La versatilità di ChatGPT risiede nella sua capacità di generare risposte naturali e contestualmente appropriate, che si rivelano utili in numerose applicazioni educative e formative. Dalla simulazione di casi clinici alla preparazione per esami, il modello può supportare l'apprendimento medico sia in contesti teorici sia pratici.

Numerosi studi hanno esaminato il potenziale di ChatGPT nel fornire supporto teorico agli studenti di medicina, soprattutto attraverso la generazione di risposte a domande specifiche e il riassunto di concetti complessi. Una ricerca condotta da Kung et al. (2023) ha rilevato che ChatGPT è in grado di rispondere con accuratezza a domande tipiche degli esami di medicina, fornendo spiegazioni dettagliate e migliorando la comprensione degli argomenti trattati. In aggiunta, Xie et al. (2023) hanno dimostrato come un Chatbot possa fungere da tutor virtuale, rispondendo alle domande degli studenti su patologie e procedure mediche e facilitando il processo di apprendimento individualizzato.

Un altro ambito di applicazione significativo è la simulazione di casi clinici, in cui ChatGPT può assumere il ruolo di un paziente virtuale o di un consulente esperto. In uno studio esplorativo, Gilson et al. (2023) hanno valutato l'uso di ChatGPT per simulare scenari clinici complessi, fornendo agli studenti l'opportunità di esercitarsi nel processo diagnostico e nel

decision-making clinico. Il modello si è dimostrato particolarmente utile per esercitazioni su casi rari o inusuali, che difficilmente si presentano nella pratica quotidiana. Tuttavia, questo studio ha anche evidenziato alcune limitazioni nell'accuratezza delle risposte in contesti clinici avanzati, suggerendo la necessità di un monitoraggio attivo da parte di docenti esperti.

ChatGPT può svolgere un ruolo nel supporto alla preparazione per gli esami di abilitazione e per i test di conoscenze cliniche. Uno studio condotto da Wójcik et. al (2024) ha valutato l'accuratezza delle risposte di ChatGPT a domande cliniche di un esame, mostrando che il modello è in grado di ottenere punteggi simili a quelli degli studenti. Questo suggerisce che ChatGPT può essere utilizzato per simulare esami, consentendo agli studenti di autovalutare le proprie competenze e di identificare le aree che necessitano di miglioramenti. I risultati hanno anche sottolineato il potenziale di ChatGPT come strumento per l'auto-apprendimento, anche se alcuni autori hanno messo in guardia sul rischio che gli studenti possano affidarsi esclusivamente alla tecnologia senza sviluppare un pensiero critico autonomo.

Il futuro dell'uso di ChatGPT nella formazione medica appare promettente, con potenziali sviluppi che includono la personalizzazione delle risposte e l'integrazione di ChatGPT con altri strumenti di simulazione medica. Secondo Titus (2024), l'integrazione di ChatGPT con la realtà aumentata e altre tecnologie di simulazione potrebbe consentire agli studenti di beneficiare di un'esperienza formativa ancora più immersiva e interattiva. Questo potrebbe aiutare a colmare il divario tra apprendimento teorico e competenze pratiche.

#### 4.2. *La proposta didattica*

La proposta didattica presentata è rivolta a un gruppo di studenti del quarto anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Durante le dieci ore previste nell'insegnamento di Didattica e Pedagogia Speciale, gli studenti avranno l'opportunità di approfondire il concetto di presa in carico del paziente, non solo dal punto di vista clinico, ma anche da una prospettiva pedagogica, con particolare attenzione al ruolo della comunicazione efficace in questo contesto.

Al fine di valutare eventuali progressi nelle abilità comunicative degli studenti, verrà somministrato il questionario ME-CO sia all'inizio della

prima lezione, sia al termine del corso. Questo permetterà di monitorare l'evoluzione delle competenze comunicative nell'interazione con il paziente.

Successivamente a un'introduzione teorica sui concetti di cura e comunicazione, gli studenti parteciperanno ad attività didattiche che prevedono l'uso dell'IA, con un particolare focus su ChatGPT, uno strumento con cui essi hanno familiarità. In ciascun incontro, verranno presentati brevi casi studio come quello riportato di seguito:

Il signor Bianchi, un uomo di 78 anni, che soffre di malattia coronarica e diabete di tipo 2. Durante la visita, il paziente sembra confuso e ansioso riguardo al suo stato di salute e all'aderenza al trattamento. Ha ricevuto informazioni contrastanti da diversi medici e fatica a capire le istruzioni.

L'obiettivo di questa attività è guidare gli studenti nell'utilizzo di ChatGPT per ricevere supporto in relazione alle modalità comunicative da adottare nelle diverse fasi del colloquio medico-paziente, ossia la fase di raccolta delle informazioni, la fase di restituzione delle informazioni al paziente e la fase di mantenimento della relazione (cfr. paragrafo 2). Ogni fase sarà affrontata separatamente durante gli esercizi didattici, per poi essere integrata nella parte conclusiva del corso.

Nel contesto degli esercizi con ChatGPT, gli studenti saranno guidati nella formulazione di *prompt* che stimolino l'IA a fornire suggerimenti mirati sulle modalità comunicative, allineati ai principi individuati dalla ME-CO come fondamentali nella relazione medico-paziente. Di seguito riportiamo un esempio di *prompt* utilizzato per il caso del signor Bianchi, specificamente nella fase di raccolta delle informazioni:

Devo raccogliere informazioni sulle condizioni di salute del signor Bianchi. In questa fase, è importante saper fare domande che permettano di esplorare il punto di vista del paziente, stimolandolo a esprimere le proprie preoccupazioni e percezioni, riconoscere e utilizzare gli indizi verbali e non verbali forniti dal paziente e praticare l'ascolto attivo. Come posso condurre questa fase di richiesta delle informazioni al signor Bianchi?

Vediamo ora che una possibile risposta di ChatGPT quando interrogato con questo *prompt*:

Per condurre in modo efficace la fase di raccolta delle informazioni con il signor Bianchi, ci sono alcune strategie che possono aiutarti a esplorare il suo punto di vista e ottenere informazioni chiare e complete sulla sua condizione, mentre allo stesso tempo costruisci fiducia e comprensione. Ecco un approccio strutturato per questa fase:

1. Creare un ambiente di fiducia

Prima di iniziare con domande specifiche, è fondamentale creare un clima di fiducia. Considera di aprire la conversazione con frasi che rassicurino il signor Bianchi:

– *Capisco che la sua situazione possa sembrare confusa. Sono qui per ascoltarla e per aiutarla a fare chiarezza. Mi parli di come si sente e di cosa le preoccupa in questo momento.*

Questo permette al paziente di sentirsi accolto e riduce la sua ansia, facilitando la successiva esplorazione del problema.

2. Utilizzare domande aperte

Inizia con domande aperte per incoraggiare il signor Bianchi a esprimere le sue preoccupazioni e la sua comprensione della situazione:

– *Mi può raccontare come sta andando con il trattamento?*

– *Quali sono le sue maggiori preoccupazioni riguardo alla sua salute in questo momento?*

Le domande aperte permettono al paziente di parlare liberamente, fornendo informazioni non solo sui sintomi fisici, ma anche sulle sue percezioni, paure e comprensioni riguardo alla malattia.

3. Esplorare la comprensione del paziente

È utile capire quale sia il livello di comprensione del paziente rispetto alla sua condizione e al trattamento ricevuto. Questo ti permetterà di chiarire eventuali informazioni confuse:

– *Ha ricevuto molte informazioni dai diversi medici. Mi può dire cosa ha capito fino a questo punto riguardo alla sua malattia?*

– *C'è qualcosa nelle istruzioni che le hanno dato che le sembra particolarmente difficile da seguire o confuso?*

Questo aiuta a identificare le aree in cui il signor Bianchi può aver ricevuto informazioni contrastanti o incomplete.

4. Utilizzare indizi verbali e non verbali

Durante la conversazione, presta attenzione sia agli indizi verbali sia a quelli non verbali. Il paziente potrebbe non esprimere direttamente tutte le sue preoccupazioni, ma segni come pause, esitazioni o cambiamenti nel tono di voce possono indicare disagio o dubbi. Puoi riconoscere e approfondire questi indizi dicendo, ad esempio:

– *Ho notato che ha esitato un po' quando ha parlato del farmaco che sta assumendo. Ci sono aspetti di quel trattamento che le causano preoccupazione?*

Inoltre, osserva il linguaggio corporeo: se il signor Bianchi apparisse particolarmente teso o evita il contatto visivo, potrebbe essere utile esplorare quelle emozioni.

#### 5. Praticare l'ascolto attivo

L'ascolto attivo è essenziale per far sentire il signor Bianchi compreso e valorizzato. Dimostrare di ascoltare attentamente significa:

- **Riformulare:** Ripetere o parafrasare quanto ha detto il paziente per confermare la comprensione. Ad esempio, *Quindi mi sta dicendo che è preoccupato perché non è sicuro di prendere i farmaci nel modo giusto, giusto?*
- **Rinforzare:** Utilizzare brevi frasi di incoraggiamento come *Capisco*, o *Questo è importante, continui pure*, per dimostrare che sei attento alle sue parole.
- **Usare il silenzio:** Dare al paziente il tempo di riflettere e parlare senza interromperlo. A volte, il silenzio può stimolarlo a fornire ulteriori dettagli o emozioni che non aveva espresso immediatamente.

#### 6. Esplorare le emozioni

Dato che il signor Bianchi appare ansioso e confuso, è utile esplorare anche il suo stato emotivo, il che ti permetterà di comprendere meglio la sua situazione globale:

– *Mi sembra che lei sia preoccupato per alcuni aspetti del suo trattamento. Mi può dire di più su cosa la sta preoccupando in particolare?*

Questo aiuta a stabilire una connessione empatica e a comprendere come le sue emozioni possano influire sulla gestione della malattia.

#### 7. Chiedere di aspettative e obiettivi

Capire quali sono le aspettative e gli obiettivi del paziente in relazione alla sua malattia può fornire un quadro più completo:

– *Cosa si aspetta dal trattamento in futuro? Ci sono obiettivi o risultati che spera di raggiungere?*

Questa domanda ti aiuta a comprendere cosa è più importante per il signor Bianchi e a individuare eventuali disallineamenti tra le sue aspettative e la

realità del trattamento.

#### 8. Chiarire e concludere

Alla fine della fase di raccolta delle informazioni, è utile riepilogare quanto è stato detto e chiedere al paziente se c'è qualcos'altro di cui vorrebbe parlare:

– *Mi sembra di aver capito che ha delle preoccupazioni su come seguire correttamente il trattamento e su alcune informazioni contrastanti che ha ricevuto. C'è qualcos'altro che vorrebbe aggiungere o discutere?*

Riepilogare non solo dimostra che hai ascoltato attentamente, ma permette anche al paziente di sentirsi coinvolto nel processo e di chiarire eventuali punti non discussi.

#### 9. Adattarsi alle esigenze individuali

Infine, tieni presente che il signor Bianchi è una persona anziana con malattie croniche. Questo significa che la sua comprensione delle informazioni e la sua capacità di seguire il trattamento potrebbero essere influenzate da diversi fattori, come una ridotta capacità cognitiva o l'ansia legata alla sua salute. È importante essere pazienti, fornire spiegazioni chiare e adattare il linguaggio alle sue capacità di comprensione. Evita tecnicismi e semplifica i concetti quando necessario.

#### Conclusione

La fase di raccolta delle informazioni con il signor Bianchi deve quindi basarsi su un approccio empatico, strutturato e flessibile, che permetta di esplorare a fondo il suo punto di vista, incoraggiare l'espressione delle sue preoccupazioni e ottenere le informazioni necessarie per inquadrare meglio la sua condizione. Prestando attenzione agli indizi verbali e non verbali, e praticando l'ascolto attivo, potrai costruire una relazione di fiducia e favorire una comunicazione efficace.

Osserviamo come ChatGPT abbia offerto suggerimenti puntuali e rilevanti, che possono effettivamente supportare il medico in formazione nel miglioramento delle sue abilità comunicative. In questa fase, lo studente interagisce con l'intelligenza artificiale adottando un approccio metacognitivo, riflettendo criticamente sulle proprie pratiche e confrontandole con un modello algoritmico preciso e affidabile. Tuttavia, è consapevole del fatto che l'intelligenza emotiva, componente essenziale della comunicazione medico-paziente, non può essere sostituita dalla macchina.

Pertanto, lo studente deve integrare i suggerimenti dell'IA con le pro-

prie competenze emotive e relazionali, per adattarli al contesto clinico reale.

In aggiunta, lo studente, essendo al quarto anno del percorso formativo, deve apportare il proprio bagaglio di conoscenze mediche e specifiche della patologia in esame, poiché l'IA non è in grado di fornire una comprensione completa della malattia o delle sue complessità cliniche. In questo modo, lo strumento tecnologico non è inteso come un sostituto, ma come un supporto che offre spunti mirati su casi clinici concreti, utili per affinare la comunicazione nella fase formativa e in vista di una futura autonomia professionale.

Ogni sessione con ChatGPT è seguita da una fase di discussione in coppie e successivamente in plenaria, con l'obiettivo di promuovere una riflessione critica sull'output fornito dall'IA. Gli studenti sono invitati a valutare: c'erano aspetti che mancavano? Quali elementi dell'interazione virtuale sarebbero stati utili e quali, invece, andrebbero omessi in una reale comunicazione con il paziente? Questo processo di confronto e revisione permette agli studenti di sviluppare una consapevolezza più profonda delle proprie abilità comunicative e di considerare criticamente l'utilità e i limiti dell'IA in ambito clinico.

Le ultime quattro ore del corso saranno dedicate al consolidamento delle competenze acquisite attraverso l'uso della metodologia del *role play*. Il *role play* (o gioco di ruolo) rappresenta una tecnica di apprendimento attivo che coinvolge gli studenti in scenari simulati, con l'obiettivo di far loro assumere ruoli specifici per sviluppare abilità pratiche, emotive e cognitive in un ambiente sicuro e controllato.

Questa metodologia permette agli studenti di affrontare situazioni realistiche, immedesimandosi nel ruolo assegnato e favorendo così lo sviluppo di competenze interpersonali, tecniche e decisionali. Risulta particolarmente utile per affinare le abilità comunicative e relazionali in ambito sanitario, come evidenziato da studi precedenti (Nestel & Tierney, 2007; Gelis et al., 2020).

Durante questa fase conclusiva, ulteriori casi studio serviranno da base per lo sviluppo del *role play*. Ciascun partecipante avrà l'opportunità di ricoprire il ruolo di medico, paziente o valutatore esterno della conversazione. La rotazione dei ruoli sarà gestita in gruppi di quattro persone (un medico, un paziente e due valutatori). L'assunzione del ruolo del paziente, ad esempio, consente di esplorare il vissuto emotivo e relazionale

di chi riceve una diagnosi, mentre l'interpretazione del medico stimola lo sviluppo di competenze comunicative professionali. Attraverso questi scenari, gli studenti possono sperimentare una varietà di situazioni cliniche e personali, come la gestione di un paziente straniero, l'interazione con genitori preoccupati per un figlio, o la comunicazione di una diagnosi a un adolescente o a un paziente anziano.

Al termine delle dieci ore di corso, la ME-CO sarà nuovamente somministrata per valutare i progressi ottenuti. Questo strumento di valutazione permetterà di analizzare quali aree delle competenze comunicative degli studenti siano migliorate e quali richiedano ulteriori approfondimenti. I risultati saranno condivisi individualmente con ogni studente, offrendo così un quadro chiaro delle aree di forza e delle necessità di miglioramento. L'intento è di promuovere una continua riflessione e formazione, consapevoli che l'acquisizione di competenze comunicative è un processo dinamico che deve proseguire lungo l'intera carriera medica. Man mano che le responsabilità e le esigenze professionali evolvono, sarà infatti essenziale adattare e affinare costantemente queste abilità per garantire un'efficace interazione medico-paziente.

## 5. Conclusioni

La comunicazione medico-paziente non si riduce a un semplice scambio di informazioni, ma rappresenta un elemento cruciale per il successo delle cure e il benessere del paziente. Le tre fasi individuate – raccolta delle informazioni, restituzione delle informazioni e mantenimento della relazione – richiedono l'applicazione di competenze specifiche e integrate, che vanno dalle abilità tecniche a quelle empatiche e riflessive. La formazione continua su queste competenze è essenziale per i professionisti della salute, poiché una comunicazione efficace è alla base di un'assistenza sanitaria di alta qualità, centrata sul paziente e orientata al miglioramento degli esiti clinici e relazionali. In questo saggio ci si è chiesti se i nuovi strumenti di IA possono avere un ruolo nella cura pedagogica e medica del paziente, proponendo un'attività didattica in via di sperimentazione; solo quando avremo dati certi sul suo esito, potremo trarre conclusioni definitive. In ogni caso, sottolineiamo come l'importanza della comunicazione efficace tra medico e paziente non possa essere sottovalutata.

Essa rappresenta non solo uno strumento per migliorare la qualità delle cure e la soddisfazione del paziente, ma anche un elemento chiave per

il benessere professionale del medico e per l'efficienza complessiva del sistema sanitario.

La formazione su queste competenze dovrebbe essere integrata in tutti i livelli dell'educazione medica, poiché una buona comunicazione è alla base di ogni relazione terapeutica di successo. Sviluppare e affinare queste abilità consente di migliorare non solo gli esiti clinici, ma anche la qualità dell'interazione umana, promuovendo un'assistenza sanitaria più centrata sul paziente e orientata all'empatia e alla comprensione reciproca.

### Riferimenti bibliografici

- BENSING J.; SCHREURS K.; RIJK A.D. The Role of the General Practitioner's Affective Behaviour in Medical Encounters, "Psychol. Health" 1996, II, 825–838.
- BROWN J., STEWART M., MCCrackEN E., McWHINNEY I.R., LEVENSTEIN J. The Patient-Centred Clinical Method. 2. Definition and Application. Fam. Pract. 1986, 3, 75–79.
- CAPONE V., BORRELLI R., MARINO L., SCETTINO G. MENTAL, Well-Being and Job Satisfaction of Hospital Physicians during COVID-19: Relationships with Efficacy Beliefs, Organizational Support, and Organizational Non-Technical Skills. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 3734.
- CAPONE V. Percezioni di efficacia comunicativa e burnout dei medici ospedalieri. Psicol. Salut. 2011, 2, 29–47. [CrossRef] 7.
- WINKLER-SCHWARTZ A., BISSONNETTE V., MIRCHI N., NIRROS PONNUDURAI, N., YILMAZ, R., LEDWOS N., SIYAR S., AZARNOUSH, H, KARLIK B., DEL MAESTRO R.F. Artificial intelligence in medical education: best practices using machine learning to assess surgical expertise in virtual reality simulation. "Journal of Surgical Education", 2019, 76, 6, 2019
- CHARON R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press: Oxford.
- COHEN-COLE M.D., STEVEN A. The Medical Interview, Mosby Year Book Inc.: Maryland Heights, MO, USA, 1991, 41.
- COOK D.A., TRIOLA M.M. What is the role of e-learning? Looking past the hype. *Medical Education*, 2014, 48, 9, 930-937.
- COSMACINI G. Il tempo della cura – Malati, medici, medicine, NodoLibri: Como, 2016.
- COX A., HOPKINSON K., RUTTER M. Psychiatric Interviewing Techniques II.

- Naturalistic Study: Eliciting Factual Information. *Br. J. Psychiatry* 1981, 138, 283–291.
- DEWEY J. *Experience and Education*. Kappa Delta Pi, 1938.
- FRANK A.W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press, 1995.
- FREIRE P. *Pedagogia dell'oppresso*. EGA Editore: Torino, 1970.
- SIMONA WÓJCIK, ANNA RULKIEWICZ, PIOTR PRUSZCZYK, WOJCIECH LISIK, MARCIN POBOŻY, JUSTYNA DOMIENIK-KARŁOWICZ. Reshaping medical education: Performance of ChatGPT on a PES medical examination. *Cardiology Journal*, 2024, 31, 3, 442–450
- GELIS A., CERVELLO S., REY R., LLORCA G., LAMBERT P., FRANCK N., ... & ROLLAND B. (2020). Peer role-play for training communication skills in medical students: a systematic review. *Simulation in Healthcare*, 15(2), 106-111.
- GILSON A., SAFRANEK C.W., HUANG T., SOCRATES V., CHI L. TAYLOR R.A., CHARTASH D. How Well Does ChatGPT Perform on the United States Medical Licensing Examination? The Implications of Large Language Models for Medical Education and Knowledge Assessment. *JMIR Medical Education*, 2023, 9, e45312.
- GOLEMAN D. *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships*. Bantam Books: New York, 2006.
- FRANKEL R.M., STEIN T. Getting the Most out of the Clinical Encounter: The Four Habits Model. *Perm. J.* 1999, 3, 79–88.
- ILLICH I. *Nemesi Medica*. Mondadori: Milano, 1976.
- JONES S.M.W., ANDERSEN M.R., LITWIN P. Avoidance and reassurance seeking in response to health anxiety are differentially related to use of healthcare. *J. Public Health* 2022, 30, 475–480.
- KLEINMAN A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. Basic Books: New York, 1988.
- KUNG T.H., CHEATHAM M., MEDENILLA A. Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted Medical Education Using Large Language Models. *PLoS Digital Health*, 2023, 2(3), e48576.
- XIE Y., SETH I., D.J. HUNTER-SMITH, W.M. ROZEN, M.A. SEIFMAN. Investigating the impact of innovative AI chatbot on post-pandemic medical education and clinical assistance: a comprehensive analysis. *ANZ Journal of Surgery*, 2023, 94, 1-2, 68-77
- LIDLAW T.S., KAUFMAN D.M., SARGEANT J., MACLEOD H., BLAKE K., SIMP-

- SON D. What Makes a Physician an Exemplary Communicator with Patients? *Patient. Educ. Couns.* 2007, 68, 153–160.
- LEWKONIA R.M. *The Medical Interview: The Three-Function Approach.* 1991. By Steven A. Cohen-Cole. Published by Mosby Year Book Inc. *Can. J. Neurol. Sci.* 1991, 18, 368–369.
- TUTUS S. Implementing extended reality (XR) and artificial intelligence (AI) in health professions education in southern Africa. *Afr. J. Health Prof. Educ. (Online)* vol. 16 n. 2 Pretoria Jun. 2024.
- LIPKIN M., PUTNAM S.M., LAZARE A. *THE MEDICAL INTERVIEW*, SPRINGER: NEW YORK, NY, USA, 1995, ISBN 978-1-4612-2488-4.
- MARESKY H., OIKONOMOU A., ALI, I, DITKOFKY N., PAKKAL M., BALLYK B. Virtual reality and cardiac anatomy: Exploring immersive three-dimensional cardiac imaging, a pilot study in undergraduate medical anatomy education. *Clinical Anatomy*, 2019, 32, 2, 238-243.
- MEHTA S.J. *Patient satisfaction reporting and its implications for patient care.* *AMA J. Ethics* 2013, 17, 616–621.
- MOJA E.A., VEGNI E. *La Visita Medica Centrata sul Paziente*, Cortina: Milan, Italy, 2000, ISBN 88-7078-632-3.
- MORTARI L. *La pratica dell'aver cura.* Mondadori: Milano, 2006.
- NESTEL D., & TIERNEY T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC medical education*, 7, 1-9.
- NODDINGS N. *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education.* University of California Press: Berkeley, 1984.
- ROGERS C. *Client-Centered Therapy.* Houghton Mifflin: Boston, 1951.
- ROLL I., WYLIE R. Evolution and revolution in artificial intelligence in education. “*International Journal of Artificial Intelligence in Education*”, 2016, 26, 2, 582-599.
- SILVERMAN J., KURTZ S., DRAPER J. *Skills for Communicating with Patients*, Crc Press: Boca Raton, FL, USA, 2016, ISBN 0-429-09124-9.
- SUCHMAN A.L., ROTER D., GREEN M., LIPKIN M.J., The Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. “Physician Satisfaction with Primary Care Office Visits. *Med. Care*” 1993, 31, 1083–1092.