



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III

Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti

II Modulo

La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari



Aprile 2016

Autori:

Egidio A. Moja, Università degli Studi di Milano (Parte prima – La comunicazione medico-paziente)

Piera Poletti, CEREF Padova (Parte seconda – La comunicazione nel gruppo di lavoro nelle unità operative sanitarie)

Coordinamento:

Rosetta Cardone, Ministero della salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III

Angela De Feo, Ministero della salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III

Luigi Conte, FNOMCeO

INDICE

Parte prima La comunicazione medico-paziente	5
1. Introduzione	6
2. Modelli professionali e comunicazione nelle consultazioni cliniche	7
2.1 La medicina centrata sulla malattia	7
2.1.1 La comunicazione e la 'nostra' medicina	7
2.1.2 Punti di forza e di debolezza della medicina disease centred	8
2.1.3 Verso un nuovo modello e verso un nuovo metodo	8
2.2 La medicina centrata sul paziente	10
2.2.1 Uno sguardo generale.....	10
2.2.2 L'agenda del paziente	11
3. Le principali capacità/tecniche di comunicazione in una consultazione clinica	18
3.1 Raccogliere informazioni	18
3.1.1 Capacità di chiedere: domande chiuse, aperte e tecnica di eco	18
3.1.2 Quale sequenza per le domande chiuse e le domande aperte?	20
3.1.3 Capacità di ascoltare (silenzio e tecniche di continuazione)	20
3.1.4 Il controllo della propria comprensione e le reflection skills.....	20
3.2 Restituire informazioni	21
3.2.1 Tecniche di orientamento: categorizzazioni e 'focusing'	22
3.3 Comunicazione nelle visite mediche: la struttura	24
3.3.1 Una sequenza logica della comunicazione in una visita medica	24
3.3.2 La sequenza temporale delle abilità comunicative: il Four Habits Model.....	26
3.4 Tecniche di comunicazione e visite empatiche.....	30
4. Applicazione della medicina centrata sul paziente a consultazioni cliniche particolari	32
4.1 La comunicazione nelle visite pediatriche	32
4.1.1 Un'agenda in formazione	33
4.1.2 La visita pediatrica come luogo di (possibile) apprendimento	34
4.1.3 Qualche conclusione pratica	34
4.2 L'incontro con il paziente proveniente da altre culture	35
4.2.1 Il modello di Teal e Street	35
4.2.2 Una conclusione	36
4.3 Comunicare una cattiva notizia	36
4.3.1 Primo stadio: avviare il colloquio	37
4.3.2 Secondo stadio: esplorare che cosa sa il paziente	37
4.3.3 Terzo stadio: capire quanto il paziente desidera sapere	38
4.3.4 Quarto stadio: condividere le informazioni col paziente (allinearsi)	38
4.3.5 Quinto stadio: rispondere ai sentimenti del paziente.....	39
4.3.6 Sesto stadio: pianificare e accompagnare	40
4.3.7 Conclusioni	40
Bibliografia	41
Parte seconda La comunicazione nel gruppo di lavoro nelle unità operative sanitarie	43
1. Introduzione alla comunicazione nel gruppo di lavoro	44
1.1 Perché bisogna sviluppare abilità di comunicazione nel gruppo di lavoro?	45
1.2 Come possiamo sviluppare le nostre competenze comunicative?	46
2. La comunicazione nella organizzazione	47
2.1. Il sistema per la comunicazione	47
2.2. Cultura organizzativa e comunicazione	48
2.3. Comunicazione per la convivenza organizzativa	49
2.4. Diversità e comunicazione	49
2.5. Generazioni e comunicazione nella organizzazione	50
2.6. Gerarchia e comunicazione nella organizzazione.....	52
2.7. Sicurezza del paziente e comunicazione nella organizzazione	52
2.8. Comunicazione e continuità della cura	55
2.8.1 Contenuti e modalità	57
2.8.2 Strumenti per un'efficace comunicazione nell'affido del paziente.....	57
2.8.3 Strumenti per rendere l'affido più efficace.....	58
2.9. Comunicazione e conflitto	62
3. Strumenti per la comunicazione nel gruppo di lavoro	64
3.1 Colloquio.....	66
3.2 Riunione	67

3.2.1 Le riunioni di aggiornamento	70
3.3 Strumenti scritti	70
3.3.1 Lettera	70
3.3.2 Bollettino.....	71
3.3.3 Internet	71
3.4 Raccolta di pareri e opinioni	72
3.4.1 Il focus group	72
3.4.2 La metodologia Delphi	75
3.5 Presentare una relazione durante una riunione, un'assemblea, un forum aziendale	76
3.5.1 Aspetti generali	76
3.5.2 Testo scritto.....	77
3.5.3 Presentazione orale	77
3.6 Note organizzative per la preparazione e la presentazione di un poster	78
4. Valutare la comunicazione nel gruppo di lavoro	80
Bibliografia	81

Parte prima
La comunicazione medico-paziente

1. Introduzione

Sino agli anni '80 dello scorso secolo, era opinione prevalente che lo stile comunicativo del medico nelle consultazioni cliniche fosse, inevitabilmente, individuale e innato o, al meglio, appreso per imitazione dai maestri presso cui il professionista si formava.

Negli anni successivi questa prospettiva si è progressivamente modificata sotto la spinta di due importanti aree di ricerca: in primo luogo si è dimostrato che alcuni stili comunicativi attenti al vissuto/prospettiva del paziente sono più efficaci di altri nel determinare risultati clinici quali la soddisfazione dei pazienti al termine delle visite o la loro aderenza ai trattamenti proposti; in secondo luogo si è dimostrato che tali stili comunicativi sono insegnabili e apprendibili con il conseguente inserimento di Corsi di insegnamento dedicati a tali temi in molte Università straniere (l'Italia in questo campo, con l'eccezione dell'Università Statale di Milano, appare in marcato ritardo).

In questo dossier si parlerà di 'comunicazione e medicina' esplorando quali percorsi comunicativi e quali tecniche vengono indicati come efficaci nella letteratura.

Il lavoro è costituito da due parti: la prima, generale, riguarda i [Modelli professionali e la comunicazione nelle consultazioni cliniche](#), la seconda la [Applicazione della medicina centrata sul paziente a consultazioni cliniche particolari](#).

Nella prima parte, la discussione relativa alle tecniche utilizzabili in una visita è preceduta dalla descrizione dei modelli *disease centred* e *patient centred*. Comprendere le caratteristiche del modello professionale in cui il medico opera è, infatti, un punto fondamentale: la comunicazione è uno strumento che acquista un senso solo all'interno degli obiettivi che il professionista si propone di raggiungere nelle consultazioni cliniche.

Un esempio, ai nostri occhi stravagante, può aiutare a comprendere quanto le tecniche di comunicazione, in questo caso le domande, siano connesse con il modello professionale in cui il professionista opera.

Tiziano Terzani, nel suo volume *Un altro giro di giostra*¹, racconta di aver portato la sua compagna, Angela, da un medico ayurvedico. Angela soffriva per una ferita al dito di un piede e il medico le pose questa domanda: "Se in una foresta lei si trovasse davanti a una bestia feroce quale sarebbe la sua reazione? Cercherebbe di scappare o di salire su un albero?". Non viene riportata la risposta di Angela ma, qualunque fosse, un medico occidentale non la saprebbe assolutamente utilizzare. Per la nostra prospettiva è bizzarra e, in quanto non rientra negli scopi di conoscenza del paziente che il medico deve raggiungere, non è professionale.

Nella seconda parte, viene discussa l'applicazione della medicina centrata sul paziente a consultazioni in ambito pediatrico, a consultazioni in cui il paziente proviene da culture lontane e a consultazioni in cui deve essere comunicata una cattiva notizia. Sono state scelte a scopo esemplificativo, ben sapendo che non esauriscono in alcun modo l'area delle consultazioni particolari o difficili in medicina.

2. Modelli professionali e comunicazione nelle consultazioni cliniche

2.1 La medicina centrata sulla malattia

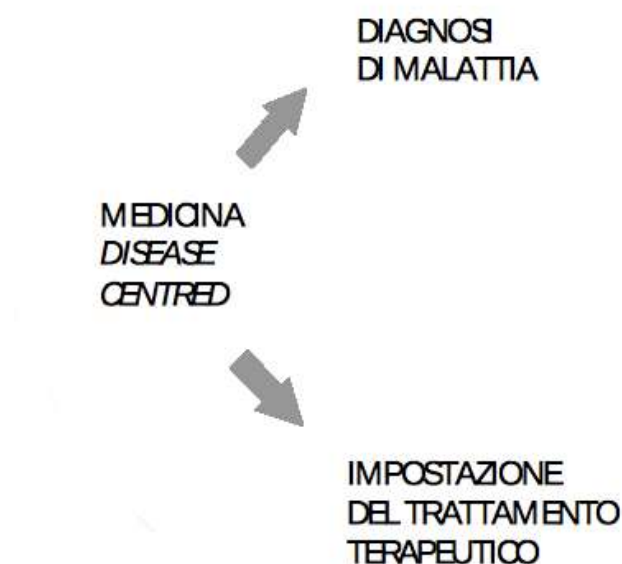
2.1.1 La comunicazione e la 'nostra' medicina

La professione medica, come ogni altra professione, ha la necessità di riconoscere una struttura teorica alle proprie spalle che espliciti gli obiettivi della professione stessa e le competenze necessarie per raggiungerli. Obiettivi e competenze moduleranno poi le caratteristiche operative – ovvero il metodo – dei professionisti.

Per quanto riguarda la medicina, il modello a lungo imperante – la 'nostra' medicina – è stato definito da George Engel come *disease centred*², centrato sulla malattia. La malattia è l'oggetto cruciale dell'agire medico e al clinico sono affidati due grandi compiti: raggiungere una diagnosi corretta e intervenire attraverso strategie terapeutiche adeguate (vedi Figura 1).

E' importante subito chiarire che tali obiettivi sono irrinunciabili ma, come molti segnali indicano, non sono oggi sufficienti ad affrontare le difficoltà degli incontri medico-paziente. Questo punto verrà ulteriormente discusso ma, prima, è utile comprendere meglio il ruolo della comunicazione in una visita completamente centrata sulla malattia.

Figura 1 Gli obiettivi di una visita centrata sulla malattia



Un buon esempio è fornito da un colloquio riportato da Edward Shorter nel volume *La tormentata storia del rapporto medico paziente*³; il colloquio è tratto da una serie di audioregistrazioni effettuate alla fine degli anni '70 in studi di medici di medicina generale. La paziente è una ragazza che lamenta una diarrea dolorosa.

Medico C'è qualche alimento che le dà fastidio?

Paziente Una volta ho smesso tutti i grassi. Gli alimenti grassi, voglio dire.

Medico Sente qualche differenza quando ne prende ancora?

Paziente Beh, no. Diciamo che ogni tanto prendo un po' di margarina, poi ci ripenso...

Medico Sente altri disturbi, a parte il dolore e la diarrea?

Paziente. Beh, c'è una cosa... non so se centri molto... (la ragazza comincia a piangere e intanto squilla il telefono)

Medico (finita la telefonata). Mi ha detto prima che ha avuto questa perdita [vaginale]. Da quanto tempo ce l'ha?

Paziente (rapidamente). Ho fatto un raschiamento dell'utero e credevo... e c'era... Lui ha detto che dovevo dire a lei.

Medico Sì, ho capito. [Tornando alla diarrea] Ha fatto un'indigestione, ha fatto un po' d'aria, cose del genere...?

Le domande del medico sono secche, forse troppo secche, e decise. Sono professionali: il suo compito – il suo solo compito – è comprendere la natura della diarrea dolorosa. La medicina *disease centred* genera una consultazione, anche sul piano della comunicazione, *doctor centred*: il medico, unico depositario di conoscenze e sulla base dei sintomi, sceglie in che direzione andare. Il resto, anche il pianto della ragazza, è influente o, addirittura, un fattore confondente del processo diagnostico.

2.1.2 Punti di forza e di debolezza della medicina *disease centred*

Aver posto la malattia al centro dello studio, della formazione e dell'agire del medico ha permesso attraverso un lungo cammino – e non è certamente poco – di rendere concreta la possibilità di curare le malattie: negli ultimi decenni, e per la prima volta nella storia della medicina, i clinici hanno a disposizione una complessa serie di strumenti per prevenire, diagnosticare e curare le patologie. E' un fatto storico – citiamo ancora Engel² – che nella società occidentale contemporanea il modello *disease centred* non solo abbia costituito una base per lo studio scientifico delle malattie e per il trattamento delle stesse: esso è anche divenuto l'*unica* possibile modalità di affrontare la malattia nella nostra cultura, quella che abbiamo chiamato la 'nostra medicina'⁴.

Eppure questo modello non ha soltanto punti di forza.

Il successo dello sguardo rivolto alla sola malattia finisce per giustificare quell'allontanamento dal soggetto malato che caratterizza la nostra sanità. La prospettiva che mira a comprendere il *disease* a un solo livello, quello biologico, ripulito da ogni circostanza in cui esso si manifesta e si sviluppa, si occupa di una malattia che non è quella 'vera', esperita dal malato, ma è la patologia dei medici.

Un modello di straordinario successo ha generato un metodo di straordinario successo che appare però ai nostri occhi sempre più pericolosamente riduzionista rispetto alla complessità dell'essere malato.

2.1.3 Verso un nuovo modello e verso un nuovo metodo

Critiche di riduzionismo mosse al modello *disease centred* sono rintracciabili a partire dagli anni '50 del secolo scorso. Ne hanno scritto autori diversi quali Karl Jaspers⁵, Michael Balint⁶ e il più volte citato George Engel².

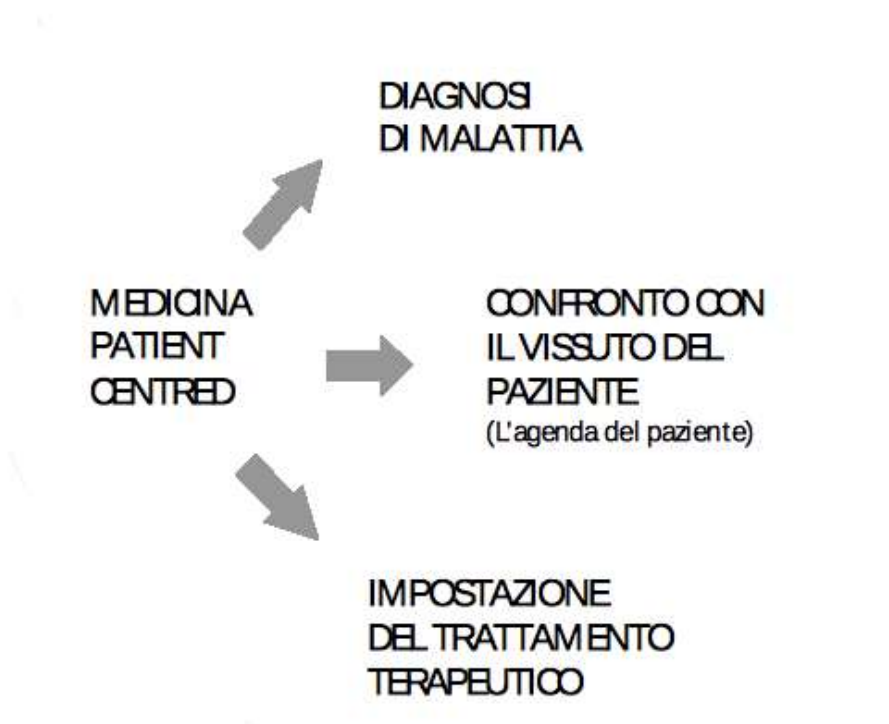
Come esempio dei limiti di questi contributi verrà utilizzata la proposta di quest'ultimo autore. Engel propone, come correttivo del modello centrato sulla malattia, il modello biopsicosociale: la comprensione della malattia potrebbe avvenire solo attraverso la comprensione degli aspetti biologici, psicologici e sociali in cui si sviluppa nei singoli pazienti. Su un piano teorico questo invito appare particolarmente ricco ma, su un piano operativo, rappresenta un compito immane ed Engel, che sul piano teorico ha dato straordinari contributi, non ha mai davvero fornito esempi di applicazione pratica – ovvero del metodo – del modello proposto. Come deve essere impostata una consultazione clinica che ha come scopo professionale quello di giungere a una comprensione biopsicosociale del paziente che ho di fronte?

A partire dagli anni '80, una serie di contributi, attenti sia alle critiche di riduzionismo rivolte al modello *disease centred* sia alla dimostrazione di una differente efficacia clinica di differenti

modelli di comunicazione nelle visite mediche, ha progressivamente costruito un modello di medicina, e il relativo metodo, che viene comunemente indicato come *patient centred medicine*, medicina centrata sul paziente.

La medicina centrata sul paziente pone come scopi della visita medica il raggiungimento di una diagnosi corretta, la comprensione del vissuto/prospettiva del paziente e l'intervento attraverso strategie terapeutiche adeguate (vedi Figura 2).

Figura 2 Gli obiettivi di una visita centrata sul paziente



E' chiaro come il primo ed il terzo scopo coincidano in modo totale con gli obiettivi di una visita centrata sulla malattia; accanto a questi, la medicina centrata sul paziente indica la necessità di indagare e raccogliere quanto il paziente articola intorno alla sua malattia. Non si tratta in alcun modo di una contrapposizione rispetto al modello tradizionale ma di un *allargamento* degli scopi delle consultazioni cliniche.

Attraverso la sua base teorica, la medicina centrata sul paziente si propone di limitare, se non di annullare, il riduzionismo della medicina centrata sulla malattia; attraverso il suo metodo – che è caratterizzato dal tentativo di raccogliere quelle parti del vissuto/prospettiva del paziente utili al medico – si propone di fornire una strategia applicabile in modo concreto alle consultazioni cliniche.

Nel successivo capitolo verranno forniti ulteriori dati sulla medicina centrata sul paziente: questa attenzione al modello, in un lavoro dedicato alla 'comunicazione in medicina', deriva dal fatto, già accennato, che le abilità/tecniche comunicative in medicina acquisiscono un senso solo all'interno di determinati scopi che ci si prefigge di raggiungere. Rappresentano il metodo attraverso cui vengono raggiunti gli scopi indicati dal modello.

2.2 La medicina centrata sul paziente

2.2.1 Uno sguardo generale

Per introdurre la medicina centrata sul paziente verrà utilizzato un caso clinico originariamente descritto da un gruppo di medici inglesi⁷. Discuteremo in qualche dettaglio questo caso ben consapevole che un aneddoto non costituisce una prova scientifica ma, di contro, ha una dimensione narrativa che, unita all'esperienza dei clinici, può portare a una adeguata comprensione del modello centrato sul paziente.

Un uomo di 42 anni, il signor Guido, mentre sta dipingendo la cantina di casa, accusa improvvisamente un forte dolore al torace; si ferma per qualche istante e il dolore passa. Dopo pochi giorni il dolore si ripresenta e il signor Guido comincia a pensare che qualcosa possa non essere del tutto a posto. Sa di essersi affaticato di recente al lavoro, che fuma troppo e che si sente in effetti un po' stressato: decide allora di parlarne alla moglie che lo incita a prendere un appuntamento dal medico. Guido decide di andare. Nel sentire la sua storia, il medico pensa immediatamente che l'eventuale disturbo, e l'evidente preoccupazione di Guido, siano in qualche modo legati al cuore gli fa un elettrocardiogramma. Il tracciato, lo rassicura con enfasi il medico, è assolutamente perfetto. Il paziente comprende che il medico è davvero soddisfatto, ma... e la sua gola? Il medico non l'ha nominata per tutti i 20 minuti della visita, e ora non ha il tempo... Decide di non parlarne e di uscire ma, fuori dallo studio, non è più certo di aver fatto bene: e se il medico non gli avesse detto che in verità qualcosa davvero andava male?, pensa con sempre maggiore intensità, e se avesse per errore trascurato di esaminare la gola, e se si fosse sbagliato?... In fondo suo padre è morto per un tumore all'esofago e i sintomi erano cominciati proprio così e, si sa, il cancro è facile ereditarlo... [da Pendleton et al., 1985 modificato⁷]

Nelle successive pagine del lavoro di Pendleton et al.⁷ si apprenderà che la patologia accusata da Guido era dovuta a una nevralgia intercostale risoltasi in seguito spontaneamente. La nostra attenzione non è però indirizzata all'esattezza della diagnosi ma a quanto avviene nel 'paziente Guido'.

Guido esce dalla visita profondamente insoddisfatto. E' chiaro, che pensa di poter avere la medesima patologia del padre, che è spaventato e che le rassicurazioni del medico e la sua attenzione al cuore non l'hanno per nulla confortato.

E' ipotesi della medicina centrata sul paziente che le quattro dimensioni che caratterizzano il 'paziente Guido' – la dimensione delle **idee di malattia** ('ho un tumore all'esofago come mio padre'), la dimensione dei **sentimenti** ('farò una brutta fine'), la dimensione delle **aspettative** ('il medico doveva occuparsi della mia gola e dell'esofago, non del cuore') e la dimensione del **contesto** ('mio padre è morto per un tumore all'esofago'; 'negli ultimi tempi mi sono stressato') caratterizzino non solo Guido ma siano rintracciabili in tutti i pazienti che si rivolgono a un medico. L'insieme di queste quattro dimensioni viene indicato, all'interno della medicina centrata sul paziente, con il termine di '**agenda del paziente**' e intende descrivere 'ciò che il paziente porta con sé e con la sua malattia'. L'introduzione del termine 'agenda' al posto dei più conosciuti 'vissuto di malattia' – in inglese *illness* – o prospettiva del paziente può apparire un inutile appesantimento della terminologia medica. In realtà cerca di sottolineare un aspetto non contenuto nel concetto di 'vissuto di malattia'; questo è solipsistico, mentre il concetto di agenda implica una dimensione relazionale: è il vissuto di malattia *portato* al medico.

Nei prossimi paragrafi si discuterà delle dimensioni dell'agenda in maggior dettaglio. La ragione è quella più volte detta: solo attraverso la comprensione del modello si può giungere a una corretta applicazione – nel presente lavoro, all'applicazione di abilità/tecniche comunicative – del metodo che ne deriva.

Nella descrizione dell'agenda, delle aree che la compongono e delle tecniche che permettono di esplorarla, ci si riferirà al lavoro di Moja e Vegni⁸, cui si rimanda per una trattazione più approfondita.

2.2.2 L'agenda del paziente

2.2.2.1 La dimensione delle idee e delle interpretazioni di malattia

La dimensione delle **idee e delle interpretazioni di malattia** è, probabilmente, la più esplorata nella letteratura scientifica. In una prima fase, l'antropologia medica ha descritto molti 'modelli ingenui' di malattia che derivavano da culture assai lontane dalla cultura occidentale⁹. Successive ricerche hanno messo in evidenza la costante esistenza di 'modelli ingenui' anche nella nostra cultura: ogni paziente, quando accusa i sintomi di una malattia, costruisce idee e interpretazioni intorno a essi. Varie sono le fonti di tali idee: sintomi apparentemente simili accaduti a persone conosciute, la lettura di giornali, la lettura di Internet etc. Non importa quanto 'ingenue' siano queste costruzioni: sono per il paziente importanti e generano elementi quali i sentimenti provati nei confronti dei disturbi (paura, per esempio, o indifferenza) o le aspettative relative alle consultazioni cliniche.

Le idee e interpretazioni di malattia possono in alcuni casi spiegarci il comportamento dei pazienti rispetto, per esempio, alle modalità di assunzione della terapia. Si pensi a un paziente che soffra di ipertensione (malattia) e che attribuisca tale patologia allo stress connesso con la sua intensa attività lavorativa (interpretazione di malattia), è possibile che l'assunzione delle terapie prescritte divenga irregolare durante i periodi di vacanza (comportamento conseguente all'idea 'adesso sono tranquillo e non ne ho bisogno').

Il nucleo centrale di idee e interpretazioni sui sintomi modula tutta una serie di azioni nel paziente che vanno dalle misure preventive, alla decisione di rivolgersi a un medico, alle modalità di assunzione della terapia. Questo insieme di idee e interpretazioni e di atti a esse conseguenti viene in letteratura definito come **frame** di malattia.

2.2.2.2 Comunicazione e idee o interpretazioni di malattia

E' chiaro che l'importanza che viene attribuita dal medico alle idee o interpretazioni di malattia del paziente deriva in modo diretto dal modello di riferimento.

La domanda

Medico Le ho detto che va tutto bene ma la vedo perplesso. Cosa pensa che possa essere questo disturbo?

acquisisce un vero senso in una consultazione centrata sul paziente in cui il medico sente come compito professionale anche l'esplorazione della sua agenda. In una visita centrata sulla malattia tali dimensioni possono essere ignorate o, al meglio, ascoltate con distrazione. Una conseguenza di questa differente posizione è ben documentata dal materiale contenuto nelle cartelle cliniche: in queste – che raccolgono tutti gli elementi ritenuti importanti dalla medicina – non trova nessuno spazio la prospettiva del paziente.

2.2.2.3 La dimensione dei sentimenti

Analogamente alla dimensione delle idee e delle interpretazioni, i **sentimenti** rappresentano una costante risposta all'essere malati. E' questo un campo che si presta a facili generalizzazioni ('Tutti pazienti hanno paura delle malattie') mentre la letteratura, e l'esperienza clinica, indica la possibilità di un ventaglio vastissimo di possibili risposte (paura, rabbia, incertezza, fastidio, apparente indifferenza, etc).

Ognuno di questi sentimenti è inoltre strettamente personale: la paura può, per esempio, riguardare il possibile dolore connesso alla malattia o ai trattamenti ma anche trascurare completamente questi aspetti e consistere nella paura di lasciare in difficoltà i propri familiari.

2.2.2.4 Comunicazione e sentimenti del paziente

Non lasciare un adeguato spazio ai sentimenti del paziente, in quanto potenzialmente fuorvianti e comunque non utili alla comprensione della malattia, può naturalmente impoverire la relazione medico-paziente.

Un intervento quale

Medico Lei parla di paura. Mi faccia capire meglio, paura di cosa?

permette al medico di comprendere meglio la paura di *quel* paziente e di rispondervi con interventi di chiarificazione, o eventualmente di rassicurazione, arricchendo così il suo legame con il malato.

La comprensione dei sentimenti e il rispondervi sono atti che non possono essere posticipati: non c'è momento migliore per esprimere la propria vicinanza al malato che immediatamente dopo il loro manifestarsi.

L'affiorare dei sentimenti è anche un importante opportunità per accedere ad altre aree dell'agenda.

La domanda

Medico Ma perché è così preoccupato?

partendo dalla dimensione dei sentimenti potrebbe aprire la porta a una serie di idee e interpretazioni che il paziente porta con sé.

2.2.2.5 L'area delle aspettative e dei desideri

I due termini – **aspettative e desideri** – non sono sinonimi: il primo si riferisce a quello che presumibilmente accadrà, il secondo a quello che si vorrebbe veder accadere pur non ritenendolo probabile.

E' utile in questa area distinguere le aspettative e i desideri che si riferiscono all'immediato (per esempio, a cosa accadrà nella visita che sta per iniziare) dalle aspettative e desideri che si riferiscono a un più lontano futuro (per esempio, a quali saranno le conseguenze della malattia).

Un esempio semplice delle aspettative e desideri a brevissimo termine può essere il seguente pensiero di una persona obesa in attesa della visita:

Vorrei non mi parlasse anche oggi di dieta (desiderio) ma lui ha in mente solo quello (aspettativa).

Aspettative e desideri a più lungo termine subiscono inevitabilmente una forte influenza da parte del contesto culturale e scientifico in cui i pazienti sono immersi. In una prospettiva storica, si potrebbe probabilmente affermare che per molti secoli i pazienti si sono affidati alla medicina senza chiare aspettative ma, a partire dalla metà del '900 e sulla base della diffusione anche mediatica dell'idea di una medicina scientifica e potente, hanno incominciato ad aspettarsi tecnologia, pillole efficaci e guarigione¹⁰. E' però importante comprendere che, per quanto diffusa sia l'attesa di questa triade – tecnologia, pillole efficaci e guarigione – le aspettative del singolo paziente possono essere ben diverse e solo la comunicazione con lui potrà fornire al medico gli elementi per raccoglierle.

Un ultimo punto: mentre interpretazioni e sentimenti sono strettamente collegati alla malattia, le aspettative e i desideri sono rivolti alla visita e al medico. E' questo l'aspetto relazionale che caratterizza il concetto di agenda e che lo differenzia dal concetto di vissuto di malattia, che è sostanzialmente solipsistico.

2.2.2.6 Comunicazione, aspettative e desideri

Un esempio di controllo delle aspettative del paziente a breve termine è chiaramente presente in questo frammento:

Medico (consultando la documentazione del paziente). Vedo che per questi disturbi lei ha già consultato diversi colleghi. Cosa si aspetta dal nostro Centro?

Comprendere questo aspetto potrebbe essere utile per il medico per ridurre – non eliminare – la possibilità di essere solo un altro dei Centri cui si rivolge per un breve periodo questo paziente insoddisfatto.

In casi non infrequenti il medico si trova davanti ad aspettative e desideri che considera inadeguati.

Padre del paziente Ecco, dottore, le ho portato mio figlio. Come le avevo detto, da un po' è svegliato a scuola e ha ogni tanto mal di testa. Credo proprio sia bene fargli fare una TAC.

Medico Bene, vediamo un po' (parla con il ragazzo, lo visita, l'esame neurologico è negativo).

Medico, ragazzo e genitore si risiedono intorno alla scrivania.

Medico Adesso le darò il mio parere ma, prima, mi faccia capire, perché pensava a una TAC?

Il medico non ritiene utile alcun approfondimento diagnostico (lo si comprenderà dal seguito del colloquio) ma, prima di discuterne, cerca di capire le ragioni delle aspettative del genitore. E' questo un punto di partenza potenzialmente più produttivo, rispetto a una semplice contrapposizione, per riuscire a raggiungere una decisione condivisa in cui il paziente, in questo caso il genitore, comprenda le decisioni del dottore.

Una vista medica centrata sul paziente non è guidata dai desideri del paziente ma, come in una visita centrata sulla malattia, le decisioni vengono prese sulla base della competenza clinica del professionista; la differenza tra i due modelli risiede nel fatto che nel modello *patient centred* pareri e indicazioni vengono espressi dopo aver raccolto la prospettiva del paziente e spiegato le ragioni per cui non è clinicamente opportuno seguire le sue aspettative.

Il frammento del colloquio riportato illustra un altro aspetto della tecnica di comunicazione utilizzato dal medico: il lasso di tempo che intercorre tra la richiesta del genitore (TAC) e la richiesta di chiarimenti da parte del dottore (Perché?). Questo tempo viene impiegato dal professionista per raccogliere altri dati e quindi decidere sull'opportunità/inopportunità della richiesta.

Si è discusso in precedenza sulla necessità di rispondere *immediatamente* ai sentimenti del paziente; questo non vale per i segnali del paziente relativi alle sue interpretazioni od alle sue aspettative: in molti casi può essere vantaggioso memorizzarli e riaffrontarli in una successiva fase della visita.

2.2.2.7 La dimensione del contesto

Le tre dimensioni di cui si è discusso, idee, sentimenti e aspettative nascono nel 'luogo' – familiare, lavorativo, culturale, sociale, ambientale – in cui la persona vive e che la medicina centrata sul paziente indica con il termine **contesto**. Il concetto è ben presente anche nella medicina centrata sulla malattia: per esempio, è conosciuta l'importanza che l'attività lavorativa può avere nello sviluppo di determinate patologie. Nella medicina centrata sul paziente lo si usa in un modo allargato: non solo per collegare determinati aspetti della vita del paziente all'insorgere della malattia (*disease*), ma anche per indicare una serie di elementi presenti nell'esperienza del paziente che, a causa della comparsa di un sintomo, si 'attivano' e generano e plasmano le altre dimensioni dell'agenda. Come esempio, si pensi a una donna la cui amica più cara è morta per una neoplasia cerebrale (contesto). Un giorno la donna, di nome Giulia, accusa all'improvviso cefalea (sintomo) e si reca dal medico molto spaventata in quanto teme di avere anch'essa una neoplasia cerebrale (area dei sentimenti e delle idee dell'agenda).

Analogamente al contesto, il concetto di **conseguenze della malattia** è ben presente anche nella medicina centrata sulla malattia ma è usato in modo allargato dalla medicina centrata sul paziente. Con tale termine si intende infatti anche l'insieme di idee e sentimenti che il paziente formula, a causa della malattia, sul proprio contesto futuro. Questi pensieri possono essere del tutto realistici (banalmente, una frattura della tibia ha una ben diversa gravità in un calciatore professionista

rispetto a uno psichiatra) ma rappresentano comunque un'occasione privilegiata per il medico di confrontarsi con la dimensione umana della malattia.

2.2.2.8 Comunicazioni, contesto e conseguenze

Medico Allora, Signora Giulia, lei è molto spaventata perché pensa di poter avere la stessa malattia della sua amica.

Questo scambio si riferisce alla visita della paziente Giulia descritta nel precedente paragrafo. Il medico restituisce – questa strategia verrà discussa più in dettaglio nelle tecniche di comunicazione – sentimenti ed elementi del contesto della paziente emersi nei precedenti scambi. E' un buon intervento dal punto di vista della medicina centrata sul paziente perché permette alla signora Giulia di chiarire, per esempio, perché crede che i suoi sintomi siano identici a quelli dell'amica.

Medico Se capisco bene, lei è molto preoccupato perché questo periodo in Ospedale le bloccherà ogni attività lavorativa.

Il frammento si riferisce alla conversazione tra un medico e un paziente da poco ospedalizzato e riguarda quelle che sono state definite le conseguenze della malattia. Naturalmente si potrà osservare che il medico non ha alcuna possibilità di influenzare il periodo di ospedalizzazione per le preoccupazioni del malato ma, una volta di più, il senso di questo intervento risiede nel modello di riferimento: secondo la medicina centrata sul paziente è un corretto intervento professionale. Che permette di comprendere meglio la prospettiva del paziente.

2.2.2.9 Comunicazione e agenda del paziente: uno sguardo d'insieme

Le quattro dimensioni dell'agenda discusse non debbono essere considerate come contenitori rigidamente separati tra loro; è vero il contrario: l'una influenza l'altra in modo reciproco e continuo.

Un esempio di influenze tra le varie componenti dell'agenda è particolarmente chiaro nel caso di Guido discusso all'inizio di questa sezione. Il padre di Guido è morto di un tumore all'esofago il cui primo sintomo è stato un dolore al centro del petto (contesto); a causa della comparsa di un dolore al centro del petto (sintomo), Guido crede di aver una malattia identica a quella del padre (interpretazione di malattia), è molto spaventato (sentimento) e si reca dal medico pensando che questi si occuperà della sua bocca e del suo esofago (aspettativa).

L'agenda non è fatta quindi da elementi impermeabili e non è statica. La visita medica può profondamente modificare l'agenda del paziente: questa modificazione non passa in genere da strategie *disease centred* ma dalla discussione assieme al paziente delle sue idee, sentimenti e aspettative.

Attraverso il concetto di agenda, la medicina centrata sul paziente sembra caratterizzarsi per un ulteriore vantaggio sul piano comunicativo-relazionale. Non si tratta di 'comprendere la psicologia del paziente' – con tutta la indeterminatezza che questo termine comporta – ma, nel momento in cui essa indica al medico una precisa e contenuta serie di dimensioni che è utile esplorare, gli affida un compito che è operativamente fattibile.

Di seguito vengono sintetizzate le definizioni di agenda del paziente e delle sue componenti. Nella Figura 3 viene fornito uno schema dell'agenda del paziente.

Definizioni di agenda del paziente e delle sue componenti

Agenda del paziente

- Si riferisce a tutto ciò (pensieri, emozioni, esperienze, etc) che il paziente porta con sé nella visita.
- Questi elementi non sono riducibili ai sintomi, alla malattia o alla terapia praticata ma si articolano intorno ad essi
- Ognuna delle aree che la compongono è presente in ogni paziente ma ha caratteri specifici per ciascun malato ed è esplorabile solo attraverso una strategia comunicativo-relazionale

Area delle idee e delle interpretazioni

- E' costituita dai tentativi del paziente di darsi una spiegazione sui sintomi della malattia, formulando delle ipotesi sulle cause e cercando dei rimedi di malattia
- Il termine **frames** si riferisce a una sorta di 'cornici' di significato costruite dal paziente e contenenti una serie di comportamenti che ne sono la coerente conseguenza
- Sono proprie di un'area cognitiva 'retrospettiva' (*'mi spiego quello che è successo'*).

Area dei sentimenti

- Si riferisce alle risposte emotive che il paziente manifesta verso la malattia, la sua evoluzione o la conseguente terapia
- Possono essere molteplici e contraddittori

Area delle aspettative e dei desideri

- Con il termine aspettative ci si riferisce a una sorta di anticipazione che il paziente ritiene debba accadere nella visita medica o come risultato dell'incontro clinico o come risultato del progredire della sua malattia
- Con il termine desideri ci si riferisce a ciò che il paziente si augura che accada pur non ritenendolo possibile o realistico
- Aspettative e desideri vanno indagati e compresi ma non necessariamente soddisfatti

Area del contesto e conseguenze

- E' costituita da tutti quegli elementi familiari, sociali, lavorativi presenti nella vita del paziente che da un lato influenzano tutte le altre dimensioni dell'agenda, dall'altra subiscono le influenze della malattia e delle decisioni cliniche relative
- Gli elementi che costituiscono l'area del contesto sono presenti e 'silenziosi' nella vita del paziente prima della comparsa della malattia: a causa dei sintomi percepiti essi attivano e modulano le idee, i sentimenti e le aspettative del paziente

Figura 3. Struttura dell'agenda del paziente



2.2.2.10 Comunicazione e agenda del paziente: quando deve essere indagata?

Medico ... questo dolore interessa tutta la pancia o è più forte in certe zone?

La domanda è centrata sulla malattia, perfettamente lecita e si basa su informazioni date precedentemente dal paziente. Il medico continua:

Medico Di corpo, come va?

La domanda è di nuovo centrata sulla malattia, perfettamente lecita ma, a differenza della precedente, si basa sulle competenze cliniche del medico (il paziente non aveva fatto cenno a eventuali disturbi riguardanti questa area).

In una visita medica il paziente in qualche modo ‘consegna’ al medico la sua malattia e il diritto di esplorarla con domande o manovre che derivano dalle conoscenze del professionista.

E’ così anche nel caso dell’agenda? C’è una sua consegna implicita da parte del paziente?

Un esempio, tratto da un lavoro recente¹¹, ci suggerisce che l’esplorazione dell’agenda non viene guidata dalle medesime regole che guidano gli interventi relativi alla malattia.

All’interno di una visita di medicina generale il paziente riferisce al medico la comparsa di un dolore al petto.

Medico Che intensità ha questo dolore, da zero a dieci?

Paziente Sette.

Medico Dove lo localizza?

Paziente Al centro del petto.

Medico Da quanto tempo è comparso?

Paziente Tre giorni.

Medico Lei cosa pensa di avere?

Paziente Se lo sapessi, non sarei qui.

L’ultima domanda del medico è apparentemente patient centred. L’esito è grottesco e propone con chiarezza il quesito: quando è opportuno o necessario esplorare l’agenda del paziente?

La medicina centrata sul paziente ha cercato di rispondere alla domanda attraverso il concetto dei segnali – cues e prompts nei lavori originali in cui sono stati descritti^{12,13} – che i pazienti lanciano nel corso delle visite e che si riferiscono alle varie aree della loro agenda. Si tratta spesso di segnali impliciti, costituiti da accenni o addirittura singole parole.

Cues e prompts costituiscono un’occasione privilegiata per comprendere la prospettiva del paziente ma, e questo è un punto importante, toccherà al professionista, di volta in volta, decidere se esplorarli o meno. Per molteplici ragioni, per esempio mancanza di tempo, i segnali del paziente possono essere apparentemente ignorati: è però importante che il medico ne sia consapevole.

I seguenti frammenti di dialogo esemplificano due modi diversi di rispondere ai segnali del paziente:

Paziente Poi mi è venuto questo dolore alla testa (indica, posteriormente, il collo) e mi sono molto preoccupato.

Medico Mi faccia capire meglio che tipo di dolore è.

Il medico risponde alle parole del paziente con una domanda relativa al sintomo descritto: in letteratura questi interventi caratterizzati dal fatto di ignorare le espressioni del paziente che si riferiscono all’agenda e di spostare il contenuto della comunicazione su un altro versante, generalmente tecnico, sono indicati con il termine di **cut off** (‘taglio’)^{12,14}.

Paziente Poi mi è venuto questo dolore alla testa (indica, posteriormente, il collo) e mi sono molto preoccupato.

Medico Quindi un dolore alla base della nuca. E perché si è preoccupato così tanto?

In questo caso il medico decide di posporre l’indagine sul sintomo accusato e di lasciare subito uno spazio alla dimensione emotiva del paziente.

Cues e *prompts* rendono legittimi gli interventi del medico sulle aree dell'agenda cui essi si riferiscono e in tal modo rappresentano una soddisfacente risposta alla domanda: quando deve essere indagata l'agenda?

La comparsa di un *cue*, per esempio, nel frammento iniziale di questa Sezione renderebbe molto probabilmente più accettabile l'intervento del medico.

All'interno di una visita di medicina generale il paziente riferisce al medico la comparsa di un dolore al petto.

Medico Che intensità ha questo dolore, da zero a dieci?

Paziente Sette.

Medico Dove lo localizza?

Paziente Al centro del petto.

Medico Da quanto tempo è comparso?

Paziente Tre giorni e, sa, subito un sacco di pensieri...

Medico Un sacco di pensieri? Lei cosa pensa di avere?

Poiché il tema dei 'pensieri' – che si riferiscono verosimilmente a interpretazioni di malattia – è stato introdotto dal paziente, è molto improbabile che la domanda del medico venga sentita come bizzarra e inopportuna.

I *cues* e *prompts* del paziente sono spesso rintracciabili nella sua comunicazione non verbale (un'espressione di preoccupazione, o di perplessità e così via).

Anche se non esaustive, queste sono le più frequenti caratteristiche di potenziali segnali:

- termini su cui il paziente modifica (per esempio, accentua o riduce) il tono della voce
- argomenti introdotti dal paziente e apparentemente svincolati dal contesto specifico (per esempio, 'Sa con quello che è successo a mio zio'...)
- temi reiterati soprattutto al termine della visita (per esempio, il ripetere più volte 'Sono preoccupato')
- domande (anche queste, spesso, apparentemente svincolate dal contesto specifico).

3. Le principali capacità/tecniche di comunicazione in una consultazione clinica

Esiste un sostanziale accordo in letteratura sul fatto che la comunicazione, in una consultazione clinica, ha le seguenti funzioni¹⁵:

1. raccogliere informazioni;
2. fornire informazioni;
3. creare una relazione.

In generale, ma in modo non rigido, il raccogliere informazioni occupa la prima parte della visita; il restituire informazioni la seconda, il costruirsi di una relazione è invece continuo, progressivo e trasversale. Una differenza più importante tra le tre funzioni consiste nel fatto che mentre sono chiare, insegnabili e apprendibili le capacità/tecniche che conducono al raccogliere e fornire informazioni, assai più controversa appare la possibilità di proporre specifiche tecniche per ‘creare una relazione’. Molti autori ritengono che il raggiungimento di una buona relazione – da alcuni definita come empatica – si basi su fattori difficilmente scomponibili quali il rispetto o un genuino interesse per il paziente, per la sua sofferenza e per le sue difficoltà.

Nelle Sezioni successive, le tre funzioni verranno discusse. A scopo esemplificativo ci si avvarrà delle trascrizioni di frammenti di consultazioni cliniche videoregistrate e conservate presso l’Archivio della Cattedra di Psicologia Clinica del Polo San Paolo dell’Università degli Studi di Milano¹⁶. La videoregistrazione di visite mediche rappresenta lo strumento più efficace per lo studio della comunicazione nelle consultazioni cliniche. Le differenti ricerche che hanno dato vita all’Archivio di videoregistrazioni di visite mediche custodito al Polo San Paolo dell’Università di Milano sono state approvate preliminarmente da differenti Comitati etici e ogni videoregistrazione è stata subordinata al consenso di medico e paziente. Tale consenso ha richiesto due passaggi: un consenso orale che è stato ottenuto prima della registrazione e un consenso scritto che è stato ottenuto dopo la registrazione. Il primo consenso permette di effettuare la videoregistrazione (senza che nessuno possa aver avuto accesso alle immagini); il secondo, che salvaguarda la possibilità di un rifiuto a causa di aspetti della visita non previsti all’inizio della stessa, permette l’utilizzo del materiale raccolto a scopi di ricerca e formazione.

3.1 Raccogliere informazioni

Le più importanti tecniche/capacità di raccolta di informazioni in una consultazione clinica vengono in genere divise in **capacità di chiedere** (domande chiuse, domande aperte, tecniche di eco) e **capacità di ascoltare** (silenzio, tecniche di continuazione). La raccolta di informazioni deve poi essere periodicamente verificata, da parte del medico, attraverso un **controllo della propria comprensione**. Fanno parte di quest’ultima area quelle che la letteratura anglosassone definisce *reflection skills* (termine traducibile come **capacità di raccogliere e restituire**): questi interventi (interventi di legittimazione, interventi di supporto, espressioni empatiche) riguardano l’agenda del malato e in particolare la dimensione dei suoi sentimenti.

3.1.1 Capacità di chiedere: domande chiuse, aperte e tecnica di eco

La forma della domanda (aperta/chiusa) è un determinante significativo delle risposte che verranno ottenute dal paziente.

Le **domande chiuse** sono certamente le più usate in medicina e, in molte consultazioni, rappresentano – a parte la domanda iniziale sulla ragione della visita – le uniche strategie di domanda. ‘Quanti anni ha?’, ‘Aveva dolore anche al braccio sinistro?’, ‘Il bambino quanto aveva di febbre?’ sono tutti esempi di domande chiuse rivolte alla malattia (*disease*). Le domande chiuse si

aspettano una risposta breve, un sì o un no, una singola parola, un numero. Le domande chiuse possono essere fatte solo quando si ha un'idea, anche vaghissima, del problema del paziente. Proprio per questa ragione la prima domanda deve essere aperta (il medico non può prevedere la ragione del colloquio) mentre la ragione delle successive domande chiuse risiede nel vantaggio per il medico di controllare il colloquio e focalizzarlo sui sintomi. Un limite dell'esclusività delle domande chiuse consiste nel ridurre lo spazio dato al paziente per fornire altre informazioni per lui rilevanti.

Più domande chiuse possono essere combinate tra loro in quelle che vengono definite **domande chiuse concatenate** e **domande chiuse multiple**.

Nelle domande chiuse concatenate, la loro successione è caratterizzata dal fatto che la risposta alla prima domanda viene data per scontata e la prima domanda serve a introdurre una successiva.

Medico Ha preso sempre le pastiglie? Ha notato degli effetti spiacevoli?

Con domande chiuse multiple si descrive invece una comunicazione caratterizzata, da parte del medico, di una serie di domande chiuse in successione anche rapida.

Medico Mi ha detto che questo dolore non c'è sempre. Ha notato se ha qualche relazione con i pasti? O magari con qualche particolare movimento? E riguarda tutta la pancia o ha qualche localizzazione?

Le domande chiuse multiple debbono naturalmente essere usate con parsimonia: tanto più è lunga la loro lista, tanto più è probabile che il malato ne colga solo alcune.

Eguale da evitare sono le cosiddette **domande direttive**:

Medico Il dolore è diminuito, vero?

Paziente Mah... sì... un po'...

Medico Allora, l'ha aiutata il farmaco che le ho prescritto?

I pazienti, in genere, non cercano una contrapposizione con il medico e questo genera, nel primo degli scambi riportati, una risposta ambigua e, nel secondo, una situazione piuttosto imbarazzante qualora il farmaco non fosse stato d'aiuto.

Al contrario delle domande chiuse, le **domande aperte** lasciano spazio a risposte largamente imprevedibili. 'Come sta, signor Rossi?', 'Come mai non ha preso la terapia?', 'Le ho detto che tutto va bene... la vedo perplesso, cosa pensa di avere?' sono tutti esempi di domande aperte (le ultime due su aspetti dell'agenda). Le domande aperte permettono risposte elaborate e complesse e il paziente è libero di includere nella terapia anche aspetti personali che, in un'ottica *disease centred*, possono essere sentiti come inutili o fuorvianti. In realtà, la ricerca dimostra che un maggior numero di domande aperte, soprattutto nelle fasi iniziali della visita, fornisce al medico un numero maggiore di informazioni non solo sull'agenda ma anche sulla malattia (*disease*).

Tra le domande aperte, una particolare attenzione merita la domanda 'C'è altro?' che la letteratura suggerisce di porre al paziente dopo aver esplorato la ragione principale che ha motivato la consultazione. Formalmente si tratta di una domanda chiusa ma il suo scopo è quello di permettere al paziente di introdurre nuovi temi e di consentire al medico di acquisire una più completa prospettiva sullo stato del paziente. La domanda 'C'è altro' ha l'ulteriore vantaggio di ridurre (certo non eliminare!) il temibile messaggio che alcuni pazienti inviano a visita conclusa: 'Ah dottore, dimenticavo...'.

La **tecnica di eco** consiste nella ripetizione in forma interrogativa di una parola detta dal paziente. Eccone un esempio:

Paziente Mi sono tornati questi formicolii e... adesso sono pieno di pensieri...

Medico Pensieri?

Con la tecnica di eco il medico suggerisce al paziente di fargli capire meglio qualcosa che probabilmente è per lui importante. E' anche un modo, indiretto, per far comprendere al paziente che le sue parole vengono ascoltate. E' naturalmente possibile utilizzare la tecnica anche su termini relativi ai sintomi descritti – (nell'esempio riportato: **Medico** Formicolii?) – ma questo può essere talora fonte di ansia. Meglio allora una domanda aperta indiretta (nell'esempio riportato: **Medico** Mi descriva meglio questi formicolii).

3.1.2 Quale sequenza per le domande chiuse e le domande aperte?

E' importante sottolineare che sia le domande chiuse sia le domande aperte rappresentano strumenti indispensabili per il medico. Affermare che nelle visite la frequenza delle domande chiuse sia spesso troppo alta non significa suggerire di eliminarle. Goldberg et al.¹⁷ sono stati i primi a sottolineare i vantaggi di una strategia che va sotto il nome di *open-to-close cone*: all'inizio il medico utilizza domande aperte per avere un'idea delle ragioni che motivano la visita e della prospettiva del paziente; in una seconda fase, utilizza domande chiuse per comprendere specifici aspetti del disturbo che il paziente può avere omissso.

3.1.3 Capacità di ascoltare (silenzio e tecniche di continuazione)

Il **silenzio** rappresenta la più sofisticata delle tecniche di ascolto ed è l'unica che può consentire al medico l'accesso a informazioni assolutamente imprevedibili. Ci si riferisce qui, naturalmente, a un silenzio partecipe, caratterizzato da interesse e rispetto. Benché apparentemente semplice da utilizzare, l'uso del silenzio non sembra frequentemente praticato dai medici nelle visite. E' stato segnalato che meno di un quinto dei pazienti riesce a concludere attraverso una narrazione continuativa l'esposizione dei propri problemi e che le parole del paziente vengono in media interrotte dal medico – di norma con una domanda chiusa – dopo soli 18 secondi¹⁸. La medesima letteratura dimostra che un periodo di silenzio iniziale da parte del medico – approssimativamente due minuti – fornisce al medico più informazioni sulla malattia (*disease*) e sull'agenda di ogni possibile batteria di domande chiuse che occupi il medesimo periodo di tempo.

Il parlare del paziente può essere favorito, oltre che dal silenzio, da alcune sollecitazioni da parte del medico che vanno sotto il nome di **tecniche di continuazione**. Esempi ne sono brevi interventi costituiti da frasi quali 'Ho capito...', 'Vada avanti', o dall'annuire del capo o da facilitatori paraverbali quali 'mmmh'. Queste tecniche facilitano il racconto del paziente senza alcun vero suggerimento da parte del medico.

3.1.4 Il controllo della propria comprensione e le reflection skills

Mentre raccoglie informazioni il medico deve periodicamente controllare la propria comprensione delle stesse. La tecnica relativa viene indicata con il termine **breve ricapitolazione**. Un esempio generato da una visita orientata al paziente Guido, potrebbe essere il seguente:

Medico Signor Guido, lei ha un dolore al centro del petto e, se capisco bene, teme di avere un tumore all'esofago come suo padre.

Le brevi ricapitolazioni possono essere utilizzate per i soli sintomi forniti dal paziente, per la sola agenda o per entrambi (come nell'esempio sopra riportato). Spetterà al medico decidere, di volta in volta, quale sia la ricapitolazione più efficace. Le ricapitolazioni comportano almeno tre vantaggi: il paziente 'si sente' ascoltato; il paziente può aggiungere ulteriori dettagli per completare quanto detto; medico e paziente hanno una base comune – allineamento, nella letteratura anglosassone – su cui costruire il seguito della visita.

Mentre le brevi ricapitolazioni ripropongono, in forma abbreviata, più dati forniti dal malato, le **parafrasi** traducono in linguaggio medico una singola informazione comparsa nelle parole del paziente.

Medico Lei mi descrive un dolore retrosternale.

Il dottore suggerisce al paziente che, nei successivi scambi, le parole ‘dolore retrosternale’ descriveranno in modo reciprocamente comprensibile quel dolore strano e preoccupante che si è manifestato in una particolare area del petto.

All’interno delle abilità/tecniche di controllo della comprensione di quanto detto dal paziente, hanno un ruolo peculiare le *reflection skills* che, come è stato accennato, riguardano l’agenda del malato e in particolare la dimensione dei suoi sentimenti.

Con **interventi di legittimazione** si intendono, come suggerisce il nome, quegli interventi che esprimono la legittimità di quanto detto dal malato e quindi la sua accettazione da parte del medico.

Medico E’ comprensibile che quest’attesa l’abbia innervosito ma...

Medico Capisco che quattro pastiglie al giorno siano una terapia complicata e che ci si possa sbagliare ma...

Gli interventi di legittimazione favoriscono una sorta di allineamento emotivo tra medico e paziente da cui ripartire per spiegare, per esempio, l’impossibilità di eliminare certe code nell’ambulatorio o la necessità di seguire con maggiore attenzione le prescrizioni.

Gli **interventi di supporto** comunicano al paziente che il medico è accanto a lui, in modo concreto e utilizzabile.

Medico Su questo punto, come posso esserle d’aiuto?

Medico ... allora dovrà fare questo agoaspirato e poi aspettare qualche giorno per i risultati. E’ abbastanza semplice e non è particolarmente doloroso ma, se vuole, dopo che ha fatto l’agoaspirato mi può telefonare e dirmi come è andata.

Con **espressioni empatiche** si intendono quelle frasi con cui il medico comunica al paziente di aver compreso il suo stato emotivo anche quando questo non è stato verbalizzato ma, per esempio, trasmesso attraverso la gestualità o la mimica. Il sentimento non nasce dal medico ma dal paziente: il medico lo raccoglie e ‘lo restituisce’ al paziente.

Medico Capisco che lei sia confusa davanti alla necessità di tutti questi esami...

Medico Mi è chiaro come sia doloroso parlare di tutto questo...

E’ chiaro come altre tecniche in precedenza discusse (per esempio, le ricapitolazioni) possano avere una valenza empatica ma il termine espressione empatica si riferisce agli scambi in cui è in primo piano la dimensione emotiva.

3.2 Restituire informazioni

Mentre nel raccogliere informazioni il paziente è l’emittente e il medico il ricevente, nel fornire informazioni i ruoli si invertono. Il contenuto delle informazioni che passano dal medico al paziente è spesso tecnico, che di per sé è difficile da comprendere per il paziente. A parte l’ovvio consiglio di evitare il ‘medichese’, verranno di seguito discusse alcune tecniche che possono aiutare il paziente a orientarsi meglio tra le informazioni fornite dal medico (le così dette tecniche di orientamento: categorizzazioni e *focusing*) e a ricordarne le parti essenziali (tecniche di sintesi).

Come nel raccogliere informazioni, anche nel fornire informazioni, ma in modo invertito, il medico dovrà controllare la comprensione di quanto detto da parte del paziente.

3.2.1 Tecniche di orientamento: categorizzazioni e ‘focusing’

Con il termine **categorizzazione**, si intende la tecnica/capacità del medico di inserire qualcosa che sta per avvenire (parole, atti semeiotici, altro) in una categoria e di comunicarla al paziente.

Un esempio banale può essere il seguente:

Medico Adesso le farò tutta una serie di domande.

La medesima tecnica può essere di aiuto quando le domande debbono affrontare temi delicati.

Medico Adesso le farò una serie di domande sulle sue abitudini alimentari, poi sul suo uso di alcol e infine sulla sua vita sessuale.

Le tecniche di categorizzazione possono essere utilizzate per spiegare brevemente quali atti semeiotici o strumentali si stanno per compiere. Attraverso le categorizzazioni si rendono quindi espliciti al malato una serie di passaggi della visita che sono evidenti per il medico ma non per il paziente.

La categorizzazione può anche essere utilizzata per ‘contenere’ alcuni pazienti troppo prodighi di informazioni.

Medico Capisco quello che mi sta dicendo ma ora ho un’ultima domanda da farle e poi la visiterò.

Oppure:

Medico Bene credo di avere tutte le informazioni. Adesso, prima di lasciarci, le dirò che terapia deve assumere.

In questo esempio il medico comunica anche, in modo indiretto, che la visita sta per terminare.

Con **focusing**, ‘mettere a fuoco’, si intende quella abilità/tecnica con cui il medico richiama l’attenzione del paziente su uno specifico punto.

Medico Questa medicina deve essere presa a stomaco pieno. E’ importante, Giuliana. A stomaco pieno.

In questo caso il medico ha cercato di sottolineare il messaggio in più modi: usando il termine ‘importante’, ripetendo due volte le modalità di assunzione del farmaco e utilizzando il nome della paziente.

Tecniche/capacità di sintesi

Con tecnica/capacità di **sintesi** si intende la breve riformulazione di alcuni elementi essenziali già forniti in precedenza dal medico. La visita medica è un’importante occasione per educare il paziente nel campo della sua salute e ogni insegnante sa che periodici interventi di sintesi favoriscono la comprensione e la memorizzazione di quanto è stato detto. Eccone un esempio che si riferisce alla terapia che il paziente dovrà assumere e alla necessità di un nuovo controllo a breve distanza di tempo.

Medico Allora due compresse al giorno, al mattino e alla sera, e tra una settimana, di nuovo il controllo del sangue con questa richiesta (porgendo il modulo).

E’ importante sottolineare la distinzione che passa tra brevi ricapitolazioni (citate nel paragrafo relativo alla comprensione da parte del medico di quanto detto dal paziente) e interventi di sintesi: la breve ricapitolazione si riferisce a informazioni fornite dal *paziente*, la sintesi a informazioni formulate dal *medico*.

Il controllo dell’altrui comprensione

L’ultimo passaggio, prima del congedo, che caratterizza gli scambi comunicativi in una consultazione clinica è costituito dal controllo di quanto il paziente ha compreso. Il termine anglosassone relativo è *checking back skill* che è possibile liberamente tradurre come tecnica/abilità di **controllare quanto è passato**.

Esempi di tale tecnica sono costituiti da interventi quali ‘E’ tutto chiaro?’ oppure:

Medico Gli orari in cui deve prendere i farmaci sono importanti. Prima di lasciarci, vorrei che lei me li ripettesse.

E' importante sottolineare che richieste di questo tipo non offenderanno il paziente ('Ma certo che ho capito!') ma verranno vissute come un segno di cura e di interesse.

Nel box vengono riassunte le abilità/tecniche precedentemente descritte. Si tratta ovviamente di una sintesi che, come è stato accennato, può favorire la comprensione e la memorizzazione di quanto è stato discusso.

BOX Le principali capacità e tecniche di comunicazione

Il medico nel ruolo di ricevente utilizza la comunicazione per raccogliere informazioni dal paziente. In questo caso sono utili:

Questioning skills

- **Domande chiuse** (per esempio, "Ha capogiri al mattino?"; "Il dolore aumenta quando respira, o è costante?")
- **Domande chiuse multiple** (per esempio, "Aveva più un senso di vertigine o le girava la testa? Diminuiva stando a letto? E alzandosi come andava?")
- **Domande chiuse concatenate** (per esempio, "Ha anche rimesso? Ha notato se c'erano tracce di sangue nel vomito?")
- **Domande aperte dirette** (per esempio, "Come si sente adesso?")
- **Domande aperte indirette** (per esempio, "Mi dica di più di questo dolore...")
- **Domande stimolo** (per esempio, "Da dove vogliamo partire?")
- **Tecniche di eco** (per esempio, paziente: "... Avevo così male, non era mai successo... ero così spaventato..". Medico: "Spaventato?")

Active listening skills

- **Silenzio**
- **Tecniche di continuazione** (per esempio, "Mmmh...")

Il medico nel ruolo di emittente utilizza la comunicazione per offrire informazioni al paziente. In questo caso sono utili:

Checking skills

- **Parafrasi** (per esempio, "Se ho capito bene, mi ha detto che il dolore al petto è scomparso spontaneamente...")
- **Brevi ricapitolazioni** (per esempio, "Dunque abbiamo detto del dolore opprimente, dopo mangiato, un dolore proprio dietro allo sterno e poi le sembrava che le mancasse il respiro...")

Reflection skills

- **Espressioni empatiche** (per esempio, "Credo che sia stata una giornata difficile per lei...")
- **Interventi di legittimazione** (per esempio, "Tutti sarebbero altrettanto spaventati...")
- **Interventi di supporto** (per esempio, "Vorrei essere certo che lei sappia di poter contare su di me...")

Capacità di orientamento

- **Focusing** (per esempio, "Ascolti, Elena...")
- **Categorizzazioni** (per esempio, "Adesso le spiego come assumere la pastiglia...")
- **Sintesi** (per esempio, "... Allora, abbiamo detto: due pastiglie e una fiala ogni giorno, le pastiglie a pranzo, la fiala dopo cena...")

Checking back skills

- **Feedback** (per esempio, "... È tutto chiaro?")

3.3 Comunicazione nelle visite mediche: la struttura

In una visita medica i vari scambi comunicativi non avvengono naturalmente in modo casuale. Alle spalle di questi scambi vi deve essere una struttura¹⁹ che ne regola la successione e che è sostanzialmente controllata dal professionista. Questi può decidere quanto tempo dedicare alla visita, che temi trattare, che spazio dare alle richieste del paziente, quando terminare la consultazione.

Nel modello tradizionale, lo schema era largamente costituito da una serie di domande chiuse, dall'esame obiettivo e dalla prescrizione della terapia. Il paziente vi partecipava in modo sostanzialmente passivo.

La struttura alle spalle di una visita centrata sul paziente dovrebbe invece permettere al medico di comprendere più a fondo il paziente (l'area della malattia e l'area dell'agenda) e permettere al paziente di potersi più liberamente esprimere con il risultato di creare un'alleanza collaborativa tra i due.

Il termine alleanza implica una relazione più egualitaria ma questo naturalmente non cambia che la responsabilità della struttura della visita ricada sul medico: è a lui, per esempio, che spetta di decidere quale sia il giusto equilibrio tra interventi relativi alla malattia (*disease*) e interventi relativi all'agenda.

Verranno di seguito discussi due esempi di struttura che possono caratterizzare visite centrate sul paziente.

Il primo, tratto da Moja e Vegni⁸, propone una possibile sequenza logica che gli scopi della comunicazione dovrebbero seguire in una consultazione clinica; il secondo, tratto da Frankel e Stein²⁰⁻²², propone una sequenza temporale di *habits* (dimensioni), abilità e tecniche comunicative. I due esempi non sono mutualmente esclusivi: sarà compito del professionista scegliere come utilizzarli o utilizzarne parti singole o come miscelarli.

3.3.1 Una sequenza logica della comunicazione in una visita medica

(da Moja e Vegni⁸ modificato)

Un possibile schema semplice della struttura della comunicazione (a livello di scopi) nelle consultazioni cliniche è il seguente:

- raccogliere informazioni [prima fase della visita];
- dare informazioni [seconda fase della visita].

Per descrivere il medesimo schema in una visita centrata sul paziente, sembra necessario introdurre le seguenti modifiche:

- raccogliere informazioni (sulla malattia e sull'agenda, prima parte della visita);
- dare informazioni (sulla malattia e sull'agenda, seconda parte della visita).

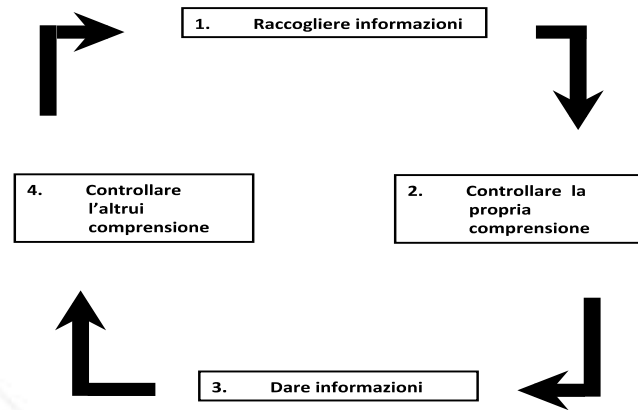
Se inteso in modo rigido, questo schema descrive in modo insoddisfacente le caratteristiche della comunicazione in una visita centrata sul paziente: in realtà 'raccogliere' e 'dare' possono collocarsi in varie fasi della consultazione. Come esempio, si può osservare che l'ultima tecnica descritta nella precedente Sezione, il controllo dell'altrui comprensione, pur avvenendo in un fase finale dell'incontro ha come scopo il raccogliere informazioni.

Un modo più convincente di descrivere la logica che dovrebbe essere seguita nella comunicazione in una consultazione clinica centrata sul paziente (ma la sua logica può essere utilizzata anche in una visita rivolta alla sola malattia) è il seguente:

- raccogliere informazioni;
- controllare la propria comprensione;
- fornire informazioni;
- controllare l'altrui comprensione.

Questa sequenza è riprodotta nella Figura 4 e deve essere intesa come una spirale e non come un circuito.

Figura 4 Sequenza logica degli obiettivi comunicativi

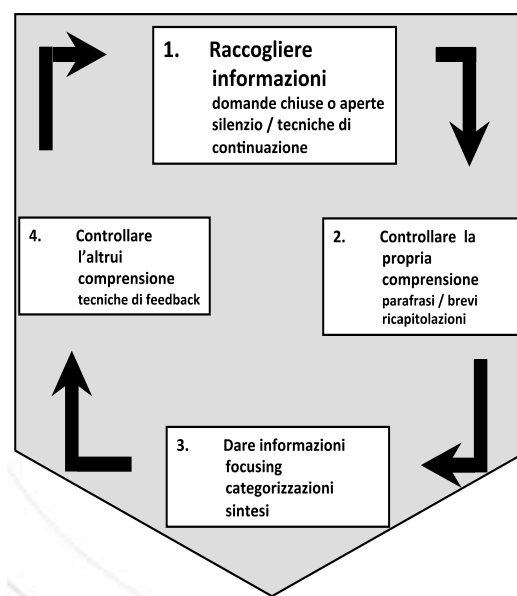


Per esempio, se nella Fase 4 (Controllare l'altrui comprensione) il medico si accorge che il paziente ha frainteso una sua indicazione, dovrà tornare alla fase 1 (Raccogliere informazioni) per comprendere le ragioni del fraintendimento. Singole sequenze della spirale possono inoltre essere più volte ripetute (per esempio Raccogliere informazioni, Controllare la propria comprensione; Raccogliere informazioni, Controllare la propria comprensione). Naturalmente spetterà al professionista decidere quante volte sia ragionevole o economico utilizzare i vari passaggi e avviarsi dalla Fase 4 all'uscita dalla visita.

Gli obiettivi comunicativi riportati nella Figura 4. Vengono raggiunti attraverso le abilità/tecniche discusse nelle precedenti Sezioni.

Un riassunto schematico di obiettivi e relative tecniche è riprodotto nella Figura 5.

Figura 5 Tecniche e sequenza degli obiettivi comunicativi



3.3.2 La sequenza temporale delle abilità comunicative: il Four Habits Model

Il Four Habits Model, come sostengono Frankel e Stein²⁰⁻²², autori del modello medesimo, deriva sia da dati ricavati dalla ricerca, sia da esperienze cliniche e di insegnamento.

Nel modello una serie di famiglie di competenze comunicative sono raggruppate in una struttura logica costituita da quattro *Habits*:

- prestare attenzione all'apertura;
- far emergere la prospettiva del paziente;
- mostrare empatia;
- prestare attenzione alla conclusione.

Il termine *Habit* – qui tradotto come Dimensione – viene utilizzato dagli autori per identificare una modalità organizzata di pensiero o di azione che si esprime durante l'incontro clinico.

Come accennato, ogni *Habit* è caratterizzato da una serie di competenze e queste, a loro volta, comportano l'uso di specifiche tecniche. Per esempio, 'Si presenta a tutti nella stanza' costituisce una delle tecniche che fa parte della competenza 'Creare velocemente il rapporto' che fa parte dell'*Habit* 'Prestare attenzione all'apertura'. Le famiglie di competenze sono inoltre collegate a specifici vantaggi (dimostrabili attraverso la ricerca): per esempio, le competenze che costituiscono il 'Prestare attenzione alla conclusione' sono collegate a una maggiore aderenza alle prescrizioni da parte del paziente.

Questo collegamento tra competenze e tecniche di un *Habit* e vantaggi è però subordinato all'esecuzione corretta di tutti i passaggi precedenti. Per esempio, il fallimento nel sollecitare tutto lo spettro di richieste da parte del paziente all'inizio dell'incontro può comportare la formulazione di ipotesi premature causando così l'esprimersi di preoccupazioni rimaste inascoltate al termine della visita. Da questa prospettiva le varie fasi e tecniche non debbono essere viste solo in un'ottica sequenziale ma come un blocco unico integrato.

L'applicazione corretta dell'intero modello dovrebbe favorire la costruzione di un rapporto e stabilire una relazione fiduciaria, facilitare uno scambio di informazioni efficace, testimoniare un atteggiamento di cura e partecipazione e incrementare la probabilità di aderenza al trattamento.

Qui di seguito riportiamo le competenze e le tecniche che caratterizzano le quattro Dimensioni o *Habits* e i vantaggi correlati alla loro applicazione.

PRIMA DIMENSIONE

Prestare attenzione all'apertura

Competenza	Creare velocemente il rapporto
Tecniche (ed esempi)	Si presenta a tutti nella stanza
	Riconosce il tempo di attesa
	Dimostra di conoscere la storia del paziente con dei commenti sulla visita precedente o sui suoi problemi
	Mira al benessere del paziente
	Fa delle affermazioni o pone domande non mediche per mettere il paziente a suo agio
	Adatta il proprio linguaggio, ritmo e postura in risposta al paziente
Competenza	Far emergere le preoccupazioni del paziente
Tecniche (ed esempi)	Inizia con domande aperte:
	"In cosa posso aiutarla oggi?"
	"Capisco che lei sia qui per..."

	“Può dirmi di più al riguardo?”
	“Cos’altro?”
	Parla direttamente col paziente nel caso in cui sia presente un interprete
Competenza	Pianificare la visita col paziente
Tecniche (ed esempi)	Ripete le preoccupazioni del paziente così da controllare di aver compreso
	Informa il paziente di come intende procedere: “Cosa ne dice se cominciamo a parlare più approfonditamente di..., poi le farò un esame e infine cercheremo possibili test/modi per trattarlo, va bene?”
	Se necessario fissa delle priorità: “Chiariamo che stiamo parlando di X e Y. Mi sembra di capire che Lei voglia trattare anche Z”

Vantaggi conseguenti all’applicazione della prima dimensione:

- crea un’atmosfera accogliente;
- permette un più rapido accesso al motivo reale della visita;
- aumenta l’accuratezza diagnostica;
- richiede meno lavoro;
- riduce l’effetto “by the way” alla fine della visita;
- facilita la negoziazione di un’agenda (con agenda si intende qui la struttura della visita e l’organizzazione dei successivi passi;
- diminuisce le probabilità di conflitto.

SECONDA DIMENSIONE

Far emergere la prospettiva del paziente

Competenza	Chiedere quali siano le idee del paziente
Tecniche (ed esempi)	Valuta il punto di vista del paziente
	“Quale pensa sia la causa dei suoi sintomi?”
	“Cosa la preoccupa di più riguardo a questo problema?”
	Chiede informazioni sulle idee di altri possibili problemi
Competenza	Far emergere richieste specifiche
Tecniche (ed esempi)	Indaga l’obiettivo che ha spinto il paziente a consultare il medico: “Quando ha pensato di venire a farsi visitare in cosa sperava che io potessi aiutarla?”
Competenza	Esplorare l’impatto sulla vita del paziente
Tecniche (ed esempi)	Presta attenzione al contesto: “Come ha influito la malattia sulle sue attività quotidiane, di lavoro, di famiglia?”

Vantaggi conseguenti all’applicazione della seconda dimensione:

- rispetta la diversità;
- permette al paziente di fornire importanti indizi diagnostici;
- porta alla luce preoccupazioni nascoste;
- migliora le possibilità diagnostiche di depressione e ansia.

TERZA DIMENSIONE

Mostrare empatia

Competenza	Accogliere le emozioni del paziente
Tecniche (ed esempi)	Presta attenzione alle modificazioni del linguaggio corporeo e ai cambiamenti del tono della voce
	Sfrutta l'opportunità di usare commenti o gesti empatici
Competenza	Fare almeno un'affermazione empatica
Tecniche (ed esempi)	Nomina le probabili emozioni
	“Questo sembra davvero fastidioso”
	Si complimenta con il paziente per i suoi sforzi di affrontare il problema
Competenza	Comunicare empatia sul piano non verbale
Tecniche (ed esempi)	Usa pause, contatto fisico o espressioni facciali
Competenza	Essere consapevole delle proprie reazioni
Tecniche (ed esempi)	Usa la propria risposta emotiva come indizio di ciò che il paziente potrebbe provare
	Si prende una breve pausa, se necessario

Vantaggi conseguenti all'applicazione della terza dimensione:

- aggiunge intensità e significato alla visita;
- facilita l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, con la conseguente raccolta di informazioni diagnostiche più precise e una maggiore aderenza;
- permette di porre dei limiti e di dire “no” più facilmente.

QUARTA DIMENSIONE

Prestare attenzione alla conclusione

Competenza	Fornire informazioni diagnostiche
Tecniche (ed esempi)	Formula la diagnosi utilizzando anche i termini con cui il paziente ha espresso originariamente le sue preoccupazioni
	Verifica la comprensione del paziente
Competenza	Educare il paziente
Tecniche (ed esempi)	Spiega la ragione di esami e trattamenti
	Passa in rassegna i possibili effetti collaterali e il percorso atteso di guarigione
	Raccomanda dei cambiamenti nello stile di vita
Competenza	Coinvolgere il paziente nel prendere le decisioni
Tecniche (ed esempi)	Fornisce materiale scritto e i riferimenti ad altre possibili fonti
	Discute gli obiettivi del trattamento
	Discute le varie possibilità, tenendo in considerazione le preferenze del paziente
	E' rispettoso nel fissare i limiti: “Posso capire perché

	lei voglia fare quel test. Dal mio punto di vista, dato che i risultati non ci aiuteranno nella diagnosi né nel trattamento dei suoi sintomi, le consiglio di considerare invece quest'altro"
Competenza	Concludere la visita
Tecniche(ed esempi)	Valuta (discute, incoraggia) la capacità e la motivazione del paziente nel portare a termine il piano terapeutico
	Compie una sintesi della visita e dei successivi passaggi (esami, etc)
	Chiede se ci sono ulteriori domande: "Ha delle domande?"
	Valuta la soddisfazione: "Pensa di aver ricevuto ciò di cui aveva bisogno?"
	Chiude la visita con un messaggio positivo: "E' stato un piacere incontrarla. Grazie per essere venuto"

Vantaggi conseguenti all'applicazione della quarta dimensione:

- aumenta la probabilità di collaborazione;
- influenza lo stato di salute;
- aumenta l'aderenza;
- riduce la necessità di ulteriori telefonate o visite;
- spinge a prendersi cura di sé

La valutazione della comunicazione in una consultazione clinica

Il *Four Habit Model* è usato come punto di partenza dell'insegnamento della comunicazione in medicina sia in università statunitensi sia in Europa. Sulla base di questo successo, dal Modello è stata tratta una Scala – il *Four Habit Coding Scheme*, 4HCS²³⁻²⁴ – in 23 punti che sono specificamente associati alle varie abilità/tecniche che compongono gli *Habits*. I livelli di *performance* sono valutati in una scala a cinque punti: il punteggio 1 si applica a una *performance* molto bassa, il 3 a una media, il 5 a una alta (2 e 4 indicano punteggi intermedi tra queste valutazioni).

A scopo esemplificativo, di seguito vengono descritti i tre possibili livelli di *performance* relativi agli *item* 'stile delle domande' e 'impatto sulla vita'.

Stile delle domande

Punteggio 1

Il medico prova a individuare il/i problemi del paziente usando principalmente domande chiuse.

Punteggio 3

Il medico prova a individuare il/i problema/i usando una combinazione di domande aperte e chiuse (ma pur partendo da domande aperte torna rapidamente a domande chiuse).

Punteggio 5

Il medico prova a individuare il/i problema/i usando principalmente domande aperte (pone le domande in modo da permettere al paziente di raccontare la propria storia con meno interruzioni e domande chiuse possibili).

Impatto sulla vita

Punteggio 1

Il medico non fa alcun tentativo di chiarire/non mostra alcun interesse su come il problema di salute stia influenzando sullo stile di vita del paziente.

Punteggio 3

Il medico tenta di chiarire brevemente/mostra solo un superficiale interesse su come il problema di salute stia influenzando sullo stile di vita del paziente.

Punteggio 5

Il medico tenta di chiarire in dettaglio/mostra un adeguato interesse su come il problema di salute stia influenzando sullo stile di vita del paziente (lavoro, famiglia, attività quotidiane).

Verificare l'eventuale presenza di ostacoli all'attuazione del piano terapeutico

Punteggio 1

Il medico non si interessa al fatto che vi possano essere degli ostacoli all'attuazione del piano terapeutico.

Punteggio 3

Il medico brevemente esplora gli eventuali ostacoli all'attuazione del piano terapeutico.

Punteggio 5

Il medico esplora in modo esaustivo gli eventuali ostacoli all'attuazione del piano terapeutico.

Il 4HCS e i suoi *items* rappresentano un buon esempio delle metodiche di valutazione della comunicazione che sono oggi utilizzate negli Stati Uniti e in vari paesi europei. Il 4HCS e altre scale analoghe vengono applicate a videoregistrazioni di visite reali o a incontri con pazienti simulati (in letteratura vi è un generale accordo che la valutazione delle abilità comunicative del medico non debba avvenire in ambito teorico ma nella realtà dell'incontro clinico) e vengono utilizzate sia nella formazione universitaria sia nell'educazione medica continua.

L'Italia accusa un notevole ritardo in questo campo ma i giovani medici che desiderano veder riconosciuta la loro laurea negli Stati Uniti o in altri paesi debbono superare esami di comunicazioni valutati con scale quali il 4HCS.

3.4 Tecniche di comunicazione e visite empatiche

Nella Sezione Tecniche di comunicazione, sono state citate, tra le *reflection skills* gli interventi di legittimazione, gli interventi di supporto e le espressioni empatiche, tecniche che dovrebbero favorire un allineamento emotivo tra medico e paziente; nel *Four Habits Model* un'intera Dimensione è dedicata alle abilità/tecniche connesse col 'Mostrare empatia'. Molti autori tuttavia dubitano che l'applicazione di tecniche, anche se tese a dimostrare un avvicinamento emotivo del medico al paziente, possano trasformare la visita in un autentico momento relazionale.

Candib²⁵, per esempio, sottolinea che vi è un incolmabile iato tra l'utilizzare tecniche che debbono dimostrare l'interesse del medico nei confronti del malato e l'essere davvero interessati a lui.

Un'autentica relazione si basa su fattori soggettivi e inafferrabili quali il prendersi cura, la sollecitudine, il rispetto e la simpatia²⁶. Possiamo davvero tradurre questi fattori in tecniche?

Oltretutto dalla dimensione teorica, un appoggio a queste posizioni critiche deriva da una serie di descrizioni esperienziali che, pur aneddotiche, risultano particolarmente convincenti.

Come esempio di queste descrizioni esperienziali, verrà utilizzato un recente lavoro di Caleb Gardner²⁷ che già nel titolo – Il problema di standardizzare l'empatia – riassume le perplessità che desta in molti il tentativo di tradurre (ridurre?) l'empatia in una serie di competenze tecniche insegnabili e apprendibili.

Caleb Gardner racconta la sua esperienza di studentessa dell'ultimo anno di medicina e di figlia che assiste agli ultimi giorni e alla morte del proprio padre in una Unità di Terapia intensiva cardiologica. Due sono i ricordi che hanno segnato la sua esperienza.

Il primo riguarda l'incontro con la cardiologa ('giovane ed energica') dell'Ospedale: con una sorpresa dolorosa riconosce nelle parole del medico l'applicazione distaccata delle tecniche da lei appena apprese nel suo curriculum di studentessa.

'A un certo punto, goffamente, spinse una scatola di fazzoletti di carta nella nostra direzione [la figlia e la madre]. Nessuna di noi due stava piangendo'.

Buckman, in un testo sul dare cattive notizie usato in tutto il mondo e su cui si tornerà²⁸, raccomanda: "Dategli un fazzoletto. E' molto importante. Siate certi di avere sempre un fazzoletto nella stanza o nell'ambulatorio... Non c'è null'altro che serva di più. Un fazzoletto ottiene quattro cose: 1) consente chiaramente al paziente di piangere; 2) dà al paziente uno strumento per sistemarsi in qualche modo (è impossibile parlare normalmente se il vostro naso cola ininterrottamente) e forse in parte nasconde; 3) vi dà qualcosa da fare se vi sentite in imbarazzo e 4) al contempo vi porta più vicino al paziente.

Il secondo ricordo di Caleb Gardner, positivo e magico, riguarda la visita fatta al padre dal vecchio amico cardiologo che lo seguiva a casa:

'... in silenzio si tolse lo stetoscopio che teneva intorno al collo e si avvicinò al letto... si chinò e pose lo strumento sul petto nudo di mio padre chiudendo gli occhi... tutto intorno era silenzio a parte il ritmico rumore del ventilatore... E' stato l'unico momento ch'io ricordi in cui ho visto un dottore toccare mio padre dal momento in cui è arrivato all'ospedale al momento in cui è morto'.

Il contributo della Gardner si traduce in almeno due insegnamenti: 1) l'empatia standardizzata – l'applicazione inautentica di tecniche libresche – non solo appare inutile ma può generare effetti dannosi e grotteschi; 2) una vista empatica, una vera, ricca relazione medico-paziente può nascere improvvisamente attraverso atti, parole o silenzi non prevedibili da alcuna proposta di strutturazione della comunicazione nelle visite mediche.

Coloro che sostengono che dividere la comunicazione in tecniche definite, insegnate e verificate da esperti genera una strategia riduzionista del tutto analoga a quella che caratterizza la visita centrata sulla malattia²⁹, sostengono che una più vera comunicazione medico-paziente sia raggiungibile attraverso strategie 'indirette': per esempio, l'integrazione tra le 'due culture' negli anni della formazione; la partecipazione post laurea a esperienze quali i gruppi Balint; la presenza nel curriculum medico di periodici momenti che favoriscano la propria consapevolezza nei riguardi dei pensieri e dei sentimenti che prova nei riguardi del paziente³⁰.

E' verosimile che, sul piano formativo, i due approcci possano gradualmente integrarsi: l'utilizzo della comunicazione in una visita medica non si giova di posizioni rigide ma di una elasticità che permette al medico di adattarsi al paziente³¹.

4. Applicazione della medicina centrata sul paziente a consultazioni cliniche particolari

Nelle Sezioni precedenti sono stati discussi gli obiettivi che caratterizzano una visita centrata sul paziente e le tecniche di comunicazione che permettono il loro raggiungimento.

Tali competenze hanno un valore generale e costituiscono la base per raggiungere risultati clinici positivi e una migliore relazione con il paziente in ogni consultazione.

E' parte, però dell'esperienza di ogni medico che ogni suggerimento relativo al suo comportamento nei riguardi dei pazienti dovrà essere adattato a *quel* singolo paziente. Esistono poi specifiche aree della medicina in cui questo 'adattamento' costituisce la norma degli incontri clinici.

Ne verranno discussi nelle prossime Sezioni tre esempi:

- la visita pediatrica (in cui il medico incontra simultaneamente due agende: quella del genitore e quella del piccolo paziente);
- la visita con il paziente proveniente da altre culture (in cui il medico incontra agende che possono differire in modo marcato dal suo mondo culturale);
- la visita in cui è necessario comunicare cattive notizie (in cui l'impatto e la risposta emotiva del paziente possono rendere particolarmente dolorosa e difficile la comunicazione).

4.1 La comunicazione nelle visite pediatriche

Un elemento distintivo della visita pediatrica è costituito dal fatto che il professionista deve di regola interagire con più interlocutori (il piccolo paziente e almeno un adulto che lo accompagna).

Può essere di interesse osservare che proprio in ambito pediatrico sono comparsi i primi lavori in cui, attraverso videoregistrazioni, si studiava la comunicazione medico paziente³². Ciononostante in questi primi contributi scientifici, come nei successivi, l'attenzione è stata posta soprattutto sugli scambi pediatra-genitore (o parente adulto che accompagna il/la bambino/a) mentre i contributi del/la piccolo/a paziente sono stati trascurati o addirittura ignorati.

I principali dati sulla comunicazione pediatra-genitore-paziente possono essere così riassunti³³:

- in analogia con altre branche della medicina, una buona relazione pediatra-genitore è caratterizzata da un medico accettante sul piano affettivo e attento alla prospettiva dell'adulto e si traduce in una maggiore soddisfazione parentale e in una più adeguata aderenza a quanto prescritto in ambito terapeutico; anche in questo ambito l'attenzione è stata rivolta all'adulto e la soddisfazione del piccolo paziente non è stata oggetto di ricerche;
- la partecipazione del/la bambino/a al processo comunicativo è assai limitata. Si calcola che il suo contributo non superi, in media, il 10% delle interazioni verbali totali. Il suo contributo tende a crescere con l'età ma il limite del 10% viene raramente superato. La scarsa partecipazione del piccolo paziente appare dovuta non solo all'età ma anche al comportamento comunicativo del genitore (o dei genitori) e del medico. Il genitore tende generalmente a inserirsi nell'interazione tra medico e paziente proponendosi come protagonista dello scambio verbale;
- il medico può chiedere informazioni al bambino, ma lo esclude da ogni informazione relativa alla diagnosi o al trattamento rivolgendosi per questo al genitore e tende ad avere con lui scambi più scherzosi o relativi al comportamento sociale del piccolo paziente.

Nell'insieme questi dati suggeriscono un quadro della visita pediatrica in cui il/la bambino/a è posto/a ai margini della conversazione.

Tra i pochi lavori che hanno studiato i contributi dei piccoli pazienti nelle visite pediatriche, una ricerca qualitativa italiana³⁴ ha chiarito come tali contributi, sebbene scarsi sul piano quantitativo,

testimonino una presenza attiva e il tentativo di comunicare con gli adulti la propria esperienza soggettiva della malattia e della visita.

Tra le varie aree in cui sono inseribili gli interventi dei piccoli pazienti (sono stati studiati bambini dai 2 ai 6 anni), due presentano un particolare interesse: la presenza di un'agenda in formazione (sul concetto di agenda del paziente si veda la relativa Sezione) e il tentativo di utilizzare la visita medica come luogo di apprendimento.

Le visite pediatriche in questo studio sono state videoregistrate e verranno di seguito utilizzati, a scopo esemplificativo, alcuni frammenti delle relative trascrizioni.

4.1.1 Un'agenda in formazione

Non siamo in grado di dire a che età si formi una completa agenda ma alcuni frammenti dei piccoli pazienti studiati sembrano rimandare alle classiche aree descritte nelle precedenti Sezioni.

Il seguente frammento nasce da un'interpretazione relativa alla malattia

Bimba di 6 anni. E' accompagnata dalla mamma. La piccola è spesso soggetta a forti mal di gola con placche. Il medico ha appena ipotizzato un'origine infettiva delle stesse e la madre riferisce di aver avuto recentemente un episodio di febbre alta.

Mamma ... due domeniche fa, al sabato sera, ho avuto una febbre alta, improvvisa, senza spiegazioni.

Bimba alla mamma Perché **sei stata in giro sbaraccata** [neologismo molto espressivo].

Mamma alla figlia. Ma che! **Al medico.** E tutta la domenica... malavoglia...

Il seguente frammento si riferisce alla preoccupazione di un bambino di cosa succederà alle proprie 'punture' (sfera dei sentimenti)

Bambina di 5 anni e 9 mesi. Si presenta accompagnata dalla mamma. Il motivo della consultazione è un sospetto di varicella segnalato dalle insegnanti della piccola paziente

Dottore ...quello per la prevenzione. Una volta che è stato punto, se la "puntura" si risolve facilmente [...] non si mette proprio niente. Se si infetta la "puntura", allora bisogna mettere qualche cosa.

Mamma Va bene.

Dottore Allora, tre applicazioni al giorno.

Bambino alla mamma Stamattina c'erano le "punture".

Mamma Sì, ma quelle vanno via.

Bambino (alla mamma). **Tutte?** [il timbro di voce del bambino è molto pronunciato; la sua preoccupazione è evidente]

Mamma Sì.

I bambini sembrano inoltre costruirsi assai in fretta una serie di aspettative di come si svolgano le visite.

Bambina di 3 anni e 10 mesi. E' accompagnata dalla mamma e dalla nonna. Si tratta di una visita di controllo. Il medico durante l'esame obiettivo si allontana dal lettino.

Bimba alla nonna Nonna!

Nonna Cosa?

Bimba alla nonna **Ma questo non mi ha fatto!** [si indica un orecchio]

Nonna alla dottoressa **Ah! Ma non le ha controllato le orecchie però!**

Dottoressa alla bambina No, no adesso controlliamo anche la bocca [ride]. Non mi sono dimenticata.

Bambina **Dimenticata le orecchie!**

Nonna alla bambina 'Adesso ti visita'.

Bambina di 3 anni. Si presenta accompagnata dalla madre. Si tratta di una visita di controllo e il medico sta iniziando l'esame obiettivo.

Bambina [apre la bocca]

Dottore alla bambina No, prima il cuoricino.

I frammenti citati testimoniano l'iniziale formazione di un'agenda: interpretazioni e sentimenti nei confronti della malattia, aspettative nei confronti di quanto accadrà nella visita medica, Il concetto di agenda non esaurisce sicuramente i contributi dei piccoli pazienti nelle visite pediatriche. Ne discuteremo un solo altro, importante, aspetto.

4.1.2 La visita pediatrica come luogo di (possibile) apprendimento

La visita medica è anche un luogo in cui si impara (o, meglio, in cui si tenta di imparare). La spinta verso l'apprendimento di nozioni nuove è naturalmente una formidabile caratteristica dell'età dei piccoli pazienti.

Bambino di 5 anni e 9 mesi. Si presenta accompagnato dalla mamma. Il medico sta prescrivendo la terapia.

Dottore Dove c'è la crosta gialla un po' di antibiotico, con un filo di cortisone.

Mamma Ecco.

Bambino alla mamma Che cos'è un filo di cortisone?

Mamma E' una medicina.

Bambino alla mamma Ah! Quella che ti metti?

Mamma No, quella è una cosa diversa.

Bambino di 5 anni, si presenta accompagnato dalla madre. La visita è al termine e il medico sta prescrivendo una terapia.

Dottore Allora glielo prescrivo [scrive la ricetta]

Bambino al dottore Che cosa?

Dottore Il XXX [nome del farmaco]

Il medico introduce un nuovo argomento

Entrambi i frammenti testimoniano la relativa attenzione degli adulti nei confronti degli interventi dei piccoli pazienti nelle visite pediatriche. L'attenzione è altrove, con grande probabilità alla malattia (*disease*) e alle terapie necessarie.

4.1.3 Qualche conclusione pratica

Come è stato precedentemente accennato, la ricerca sulla comunicazione nelle visite pediatriche è in genere rivolta agli scambi medico-adulto che confermano risultati già discussi in altre Sezioni di questo lavoro: una maggiore attenzione alla dimensione emotiva e alla prospettiva del parente del piccolo paziente aumenta la sua soddisfazione per lo svolgimento della visita e la successiva aderenza.

Per quanto riguarda il piccolo paziente, pur nell'esiguità quantitativa degli interventi, appare attivo e capace di comunicare agli adulti aspetti del proprio vissuto nei confronti della malattia e della visita (suggerendo l'ipotesi di un'agenda in costruzione) e di cercare di utilizzare la visita medica come luogo di apprendimento.

Gli adulti intorno a lui (il medico e i parenti) non sembrano invece sempre attenti a raccogliere e utilizzare questi interventi. Il pericolo di tale disattenzione risiede naturalmente nel facilitare una rappresentazione interna della visita medica in cui non sempre si è ascoltati e in cui il ruolo del paziente è sostanzialmente passivo.

Consapevole di questi dati, un pediatra potrà con relativa facilità, raccogliendo i segnali del bambino e dando loro un adeguato spazio, orientare in modo più centrato sul (piccolo) paziente la consultazione.

4.2 L'incontro con il paziente proveniente da altre culture

Con sempre maggior frequenza, anche in Italia, i medici incontrano oggi pazienti provenienti da altre culture che hanno differenti linguaggi, differenti percorsi culturali, differenti posizioni socioeconomiche e concezioni della salute e della malattia lontane da quelle del mondo occidentale. Queste differenze possono costruire barriere sul piano comunicativo mentre il loro superamento dovrebbe portare a un miglioramento dei risultati degli incontri clinici. Per raggiungere questo risultato, è stata suggerita l'importanza di una formazione dei medici rispetto a specifici mondi culturali. Sebbene queste competenze possano rivelarsi utili, possono anche, a parte le difficoltà pratiche di raggiungere una seria conoscenza di un'altra cultura, generare posizioni stereotipate che non si adattano in alcun modo al paziente che il medico incontra³⁵.

Tra i vari modelli proposti in letteratura per affrontare l'incontro con un paziente di differente cultura, verrà qui descritta la proposta di Teal e Street³⁶; il modello si riferisce in modo esplicito agli obiettivi ed alle tecniche di comunicazione che caratterizzano la medicina centrata sul paziente.

4.2.1 Il modello di Teal e Street

Il modello si basa sulla conoscenza e l'utilizzo di quattro aree principali:

- competenza comunicativa;
- consapevolezza di dinamiche personali e di dinamiche che caratterizzano l'incontro;
- elasticità e adattabilità;
- conoscenza di alcuni problemi culturali fondamentali.

Competenza comunicativa

Le abilità di base che caratterizzano questa area sono quelle già discusse in precedenti Sezioni: capacità di ascoltare e raccogliere informazioni e capacità di dare informazioni e raggiungere una decisione condivisa.

Tuttavia, tanto più il paziente aderisce a norme di cultura di gruppo lontane da quello in cui il medico vive, tanto più alta deve essere l'attenzione ai segnali non verbali, ai silenzi, ai *cues* e ai *prompts* del paziente.

Il seguente esempio, riportato da Carrillo et al.³⁵, è utile per ricordare quanto imprevedibili possano essere le interpretazioni di malattia (in questo caso, più precisamente, si tratta di un *frame*):

Il Signor G, pescatore delle Isole Azzorre, soffre per un diabete mal controllato dalla terapia. In una visita si lamenta per un continuo 'bruciore ai piedi'. L'esplorazione delle idee del paziente su questo disturbo chiarisce come egli lo attribuisca alle centinaia di morsi di pesce da lui subito quando pescava con la rete; e, come conseguenza di questa interpretazione, raramente si inietta l'insulina: ha timore che il bruciore si propaghi ad altre parti del corpo.

Consapevolezza di dinamiche personali e di dinamiche che caratterizzano l'incontro

Il medico deve essere ben consapevole del mondo culturale cui appartiene e dei valori che lo caratterizzano; in modo altrettanto chiaro deve essere consapevole degli stereotipi o dei pregiudizi che può nutrire rispetto a un particolare gruppo demografico. Questa comprensione non è però un passaggio sufficiente.

Il medico deve capire come le sue convinzioni, attraverso la sua comunicazione o il suo comportamento, influenzino il paziente; deve capire se la sua prospettiva aiuti o impoverisca il rapporto con il paziente; deve capire – durante la stessa visita – se e in che modo modificarsi.

Elasticità ed adattabilità

La comunanza di prospettive tra medico e paziente rende comprensibilmente più facile la comunicazione tra medico e paziente e la loro relazione. Nel caso di pazienti che provengano da culture lontane, la differenza tra le due prospettive può essere marcata.

E' necessario per il medico provare e dimostrare rispetto per le credenze e i valori di un paziente. Questo rispetto rappresenta il primo, ineludibile passo per tutti successivi momenti della visita. Nella visita stessa, un eguale spazio dovrà essere dato sia agli aspetti medici sia agli aspetti socio-culturali del paziente. L'acquisizione di questi elementi plasmerà il modo in cui il progetto clinico (terapia, eventuali esami, etc) sarà presentato e, in molte occasioni, sarà utile riformulare più volte quanto è necessario fare per raggiungere almeno un minimo di consenso.

Conoscenza di alcuni problemi culturali fondamentali

Un'eccessiva attenzione alle caratteristiche culturali di singoli gruppi può condurre, è già stato accennato, a indebite generalizzazioni (a parte la difficoltà pratica di avere una seria conoscenza di altre culture). E' sicuramente più produttivo concentrarsi sulle possibili dimensioni culturali di ogni singolo paziente (e non solo di quelli che appartengono a gruppi demografici lontano dalla cultura occidentale).

Se questa strategia, attenta all'individualità e non all'appartenenza a gruppi, è sottolineata dalla letteratura, la medesima letteratura suggerisce al medico attento ai problemi interculturali di raggiungere un minimo livello di conoscenza generale di alcune tematiche classiche dell'antropologia medica³⁷: tra queste, i ruoli sessuali e familiari, il rispetto del corpo, i legami tra convinzioni religiose e medicina, il ruolo del medico, le spiegazioni delle malattie, le credenze e le pratiche rispetto alla morte.

4.2.2 Una conclusione

Il modello che è stato discusso suggerisce al medico di 'prepararsi' all'incontro con il paziente di diversa cultura attraverso queste quattro aree: competenza comunicativa, consapevolezza di propri eventuali stereotipi e come questi possano influenzare la visita, elasticità e adattabilità a prospettive diverse e conoscenza di base di alcuni temi dell'antropologia medica.

In nessun momento il modello suggerisce al medico di rinunciare al proprio ruolo clinico: il profondo rispetto per la posizione altrui, più volte citato nel testo originale, non significa affatto, così come nella medicina centrata sul paziente, adeguarsi ai desideri o ai bisogni culturali di chi si ha di fronte; significa saper confrontarsi fino a raggiungere un minimo di consenso.

E' chiaro che questo modello possa essere accusato di una sotterranea inautenticità: si sottolinea il rispetto delle prospettive dell'altro ma il fine del medico è quello di far sì che il proprio progetto clinico venga seguito.

E' anche chiaro che una critica analoga possa essere rivolta in genere all'agire medico.

4.3 Comunicare una cattiva notizia

Il dibattito sul 'dire la verità-non dire la verità', inestricabilmente collegato al tema del 'dare cattive notizie', si è affacciato nel mondo medico nella seconda metà del '900. Indubbiamente oggi la bilancia, a causa dell'accresciuto valore che viene dato all'autonomia dei pazienti, delle conseguenti raccomandazioni deontologiche e delle richieste dei pazienti stessi, anche italiani³⁸, è chiaramente spostata verso il suggerimento/obbligo di dire la verità e quindi, sul piano dei contenuti, di informare compiutamente il paziente sul suo stato di salute.

Tra i contributi relativi al 'come' dare cattive notizie, le indicazioni formulate da Buckman²⁸ e da Baile et al.³⁹ sono quelle più accettate a livello internazionale. Secondo questa proposta, il medico nel condurre una visita in cui è necessario dare cattive notizie deve considerare i sei seguenti passaggi:

- avviare il colloquio;
- esplorare che cosa sa il paziente;
- capire quanto il paziente desidera sapere;

- condividere le informazioni col paziente (allinearsi);
- rispondere ai sentimenti del paziente;
- pianificare e accompagnare.

Di questi passaggi si fornirà in questa Sezione una breve sintesi.

4.3.1 Primo stadio: avviare il colloquio

Preparazione del colloquio

La preparazione al colloquio da parte del medico ha un'importanza che non può essere sottovalutata. Tre, almeno, sono i fattori che il medico deve cercare di controllare nell'organizzazione dell'incontro:

- il tempo da dedicare alla visita (un tempo completamente libero da altri impegni, per esempio libero da telefonate);
- il luogo, riservato e tranquillo, in cui avere il colloquio (non per telefono o in corridoio o in luoghi in cui ci sia passaggio di colleghi, infermieri o inservienti);
- la conoscenza in dettaglio della storia clinica del paziente, dei suoi esami e dei suoi test.

Su questi punti il medico può avere un certo controllo e deve adattarli alla specifica situazione in cui si trova a operare: per esempio, con un paziente ospedalizzato in una stanza a più letti può essere utile una tendina o un paravento.

Su un altro punto è invece necessario comprendere i desideri del paziente: sul 'chi deve essere presente'. Chiedere in anticipo al paziente se desidera che qualcun altro (il coniuge, per esempio) assista al colloquio può essere estremamente ansiogeno e dovrebbe essere fatto solo *prima* degli accertamenti diagnostici. Un esempio può essere il seguente:

Medico Allora, lunedì faremo l'agoaspirato. Per il risultato ci vorranno alcuni giorni. Fissiamo addirittura l'appuntamento per l'altro lunedì: ci possiamo vedere noi due o, se preferisce, può venire accompagnata.

Cominciare

Il colloquio non dovrebbe mai avvenire in piedi: in ambulatorio questo è semplice, in Ospedale richiederà il sedersi del medico accanto al paziente.

In quest'ultimo caso è estremamente sconsigliabile iniziare un colloquio in presenza di nausea, forti dolori o dopo l'assunzione di farmaci sedativi. Talvolta la necessità del colloquio è pressante e si dovrà comunque procedere.

Medico So che non si sente molto bene oggi, tuttavia dovremmo parlare per un paio di minuti egualmente, poi tornerò con più calma. [Pausa] Bisogna parlare un momento dei risultati dei suoi esami e di cosa è necessario fare.

Nell'esempio, il medico espone da subito la ragione del breve colloquio. Anche nel caso della visita ambulatoriale è necessario, dopo domande formali quali 'Come vanno le cose oggi?', chiarire le finalità dell'incontro.

In tutto il colloquio il medico dovrebbe cercare di controllare fattori non verbali quali il contatto visivo con il paziente o il tono della propria voce. Sul piano verbale ogni passaggio dovrebbe essere intercalato da brevi pause per permettere al paziente di comprendere meglio le varie informazioni.

4.3.2 Secondo stadio: esplorare che cosa sa il paziente

Prima di fornire informazioni è essenziale capire in che modo il paziente percepisca la propria situazione clinica. Questa percezione può essere del tutto realistica

Paziente Il mio medico di famiglia mi ha detto che si potrebbe trattare di sclerosi multipla e mi ha detto che i potenziali evocati visivi evidenziano una neurite ottica.

o del tutto irrealistica:

Paziente Il chirurgo ha detto che il nodulo al seno è una lesione e quindi sono tranquilla perché non si tratta di un tumore o anche peggio.

Realistica o irrealistica, è chiara l'importanza che ha per il medico la comprensione con una sufficiente precisione di quali idee abbia costruito dentro di sé il paziente. Nei successivi passaggi informativi della visita, questo rappresenterà uno dei più importanti punti di partenza.

Le idee del paziente possono essere esplorate con domande aperte quali 'Cosa le è stato detto della sua malattia?' o domande aperte indirette quali 'Ha fatto molti esami e immagino si sarà chiesto il perché' o 'Abbiamo dovuto aspettare un po' di giorni per i risultati e questi periodi, inevitabilmente, suscitano tutta una serie di pensieri...'.

Questo stadio permette al medico, in alcuni casi, di avvertire nel paziente quelli che la letteratura definisce come 'meccanismi difensivi di negazione': ne sono un esempio i pazienti che affermano di essere del tutto all'oscuro della propria patologia mentre è chiaro che ne sono stati in più modi informati. Come dice il nome, sono meccanismi difensivi che vanno rispettati – ponendo una particolare attenzione a che non interferiscano con il trattamento – e che, di nuovo, rappresentano un importante riferimento per la costruzione dei successivi passi della visita.

4.3.3 Terzo stadio: capire quanto il paziente desidera sapere

Questo stadio – capire quanto il paziente desidera sapere – è probabilmente sul piano teorico uno dei passaggi più originali della proposta di Buckman. Sul piano pratico è uno dei più difficili da mettere in pratica.

Sul piano teorico, comprendere 'quanto' il paziente desidera sapere rappresenta una soluzione soddisfacente del dilemma 'dire la verità-non dire la verità'. Come noto, il rispetto dell'autonomia del paziente costituisce il valore fondante di chi sostiene la necessità del dire la verità; la beneficiabilità, l'agire per il bene del paziente evitandogli un gravame psicologico costituisce il valore fondante di chi vuole non presentare la verità o presentare una verità edulcorata.

Nella proposta di Buckman è il paziente che decide: ne viene rispettata l'autonomia che, naturalmente, comprende anche il diritto di non voler sapere.

Sul piano teorico, l'esplorazione di quanto il paziente voglia davvero sapere non appare facile: scartate ovviamente le domande dirette, 'Desidera sapere o no?', dovranno essere utilizzate domande meno precise quali 'Vuole che entriamo nel dettaglio dei risultati [degli esami], o discutiamo di cosa si deve fare adesso?'.

Starà al medico, sulla base dei segnali contenuti nelle risposte del paziente, decidere 'quanta' verità è in 'quel' momento desiderata. Anche nel caso di un paziente che non desidera informazioni precise è comunque importante lasciare aperta la porta per il futuro (per esempio, 'Come vuole. Se dovesse volere informazioni più precise, può naturalmente farmi in seguito tutte le domande necessarie').

4.3.4 Quarto stadio: condividere le informazioni col paziente (allinearsi)

Sulla base della comprensione di quanto il paziente sa e di quanto vuole sapere, il medico può iniziare la fase informativa della visita che ovviamente dipenderà anche dalle caratteristiche e dalla gravità della malattia. E' inoltre importante per il medico aver ben chiare le aree che intende discutere e il relativo ordine in cui vuole presentarle (per esempio, diagnosi, possibilità terapeutiche, prognosi).

Allinearsi

Un possibile inizio è costituito dalle parole che il paziente ha usato per descrivere la propria situazione. Il paziente si rende conto che quanto ha appena detto è stato ascoltato ed è stato preso in considerazione (anche se viene modificato o corretto).

Questo processo è già stato accennato in precedenti Sezioni, e viene definito ‘allineamento’. Rappresenta un punto comune di partenza per medico e paziente.

Dare informazioni a piccole dosi

Le informazioni mediche sono spesso difficili da comprendere e memorizzare ma, nel caso in cui le notizie siano cattive, sorge un’ulteriore ostacolo: quando una persona è emotivamente coinvolta, la sua capacità di recepire si abbassa notevolmente, fino ad annullarsi quando sia molto turbata dalla notizia.

In questi casi, la regola principale per dare informazioni è quella di fornirle a piccole dosi. Una breve pausa seguirà ogni singola informazione. per esempio:

Medico Quando si è procurato quei lividi, [breve pausa] l’esame del sangue ha mostrato la carenza di alcune componenti chiamate piastrine che sono prodotte dal midollo osseo. [Breve pausa] E’ stata la ragione per cui abbiamo fatto un test del midollo...

Verificare spesso la comprensione del paziente e chiarire

‘E’ tutto chiaro?’, ‘Ha delle domande su questo punto?’, ‘Su questo, ha delle perplessità?’ sono esempi di domande attraverso cui il medico verifica la comprensione del paziente.

Questi interventi permettono al paziente di esplicitare dubbi, perplessità e angosce non sempre prevedibili per il medico. A questi, il medico risponderà chiarendo e riformulando anche più volte le informazioni già fornite: questo compito è parte integrante della comunicazione con pazienti affetti da gravi patologie.

Raccogliere l’agenda del paziente

L’importanza dei *cues* e *prompts* del paziente è già stata sottolineata in una precedente Sezione. In una visita con pazienti affetti da una grave patologia possono rappresentare un nodo assolutamente cruciale. Il seguente esempio è stato tratto da una visita relativa a un paziente affetto da una grave malattia cardiologica:

Paziente ... bene, bene, dottore, allora un altro esame. Non importa, il testamento l’ho già fatto... Bene ci vediamo dopo l’esame...

Il lettore coglierà subito nel termine ‘testamento’ il segnale di pensieri, interpretazioni e sentimenti che non conosciamo ma che sentiamo immediatamente come importanti. Sarebbe un grave errore, per il medico, non raccoglierlo e non dargli un adeguato spazio.

4.3.5 Quinto stadio: rispondere ai sentimenti del paziente

Il successo o il fallimento di una visita medica in cui si danno cattive notizie dipende, in ultima analisi, dal modo in cui il medico risponde ai sentimenti espressi dal paziente. Non esprimerne è in genere dovuto alla percezione, da parte del malato, di un medico disattento o lontano con il conseguente aumento di vissuti di disperazione e solitudine.

Le risposte emotive possono essere estremamente variabili: rabbia, incredulità, sbigottimento, dolore, vergogna. Il comportamento può variare da un silenzio totale al pianto diretto. Il medico non dovrà rispondere con generiche rassicurazioni che suonerebbero inutili o addirittura inautentiche. Può invece considerare l’utilità di una serie di possibili comportamenti (che non dovranno certo essere applicati in una sequenza automatica ma dovranno essere messi in pratica solo se il medico ‘sente’ che possano essere d’aiuto al paziente)⁴⁰:

- osservare in silenzio, e con rispetto, le emozioni manifestate;
- dare un nome alle emozioni ('La vedo sconvolto. Mi spiace sia toccato a me darle questa notizia');
- cercare di capire i pensieri che le causano ('Marta, lei piange, e forse è importante che lei mi faccia capire tutto quello che la preoccupa...');
- legittimare la risposta del paziente ('Lei si aspettava un effetto più efficace dalla chemioterapia. Adesso è molto deluso e questo è ben comprensibile').

La letteratura indica che il paziente con una grave patologia cerca, con alta frequenza, un medico di riferimento che stia al suo fianco in tutti i passaggi clinici. Questo medico di riferimento è quello che è capace di permettere l'espressione dei sentimenti del paziente e di rispondervi.

4.3.6 Sesto stadio: pianificare e accompagnare

Questo stadio corrisponde a quello che nel *Four Habits Model* è stato definito 'Prestare attenzione alla conclusione' (il lettore avrà osservato anche altre affinità tra il *Four Habits Model* e la proposta di Buckman).

E' lo stadio in cui il medico deve offrire al paziente una prospettiva di tipo clinico e una guida, dimostrando di essere un suo alleato. Una serie di passaggi possono essere utili per raggiungere questi obiettivi:

- ripartire da un brevissimo riassunto di quanto il paziente ha detto e delle preoccupazioni manifestate;
- creare un piano o una strategia e spiegarla prestando attenzione al ruolo (attivo o delegante che il paziente vuole assumere nel processo decisionale);
- evidenziare le possibili alternative mostrando apertura verso possibili piani (per esempio, terapeutici) alternativi ed esplorando le sue preferenze;
- sintetizzare quanto detto e verificare il grado di comprensione del paziente;
- terminare il colloquio chiarendo la propria disponibilità per eventuali ulteriori chiarimenti ed, eventualmente, anche per un nuovo incontro a breve termine.

4.3.7 Conclusioni

Ascoltare cattive notizie può essere per i pazienti estremamente gravoso; per i medici, spesso, rappresenta una prova emotiva dolorosa e impegnativa.

I passaggi discussi in questa Sezione non annullano certo queste difficoltà. Rappresentano solo spunti di riflessione che dovrebbero aiutare il medico a organizzare la propria comunicazione in modo tale da essere utile e vicina al malato.

Bibliografia

1. Terzani T. Un altro giro di giostra. Longanesi, Milano, 2004.
2. Engel GL. The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
3. Shorter E. *Bedside Manner. The troubled history of doctors and patients.* Simon and Schuster, New York, 1985. Tr. it. *La tormentata storia del rapporto medico-paziente.* Feltrinelli, Milano, 1986.
4. Fabrega H. The need for an ethnomedical science. *Science* 1975;189:969-75.
5. Jaspers K. *Der Arzt im Technischen Zeitalter.* Piper, Monaco, 1986. Tr. it. *Il medico nell'età della tecnica.* Cortina, Milano, 1991.
6. Balint M. *The Doctor, his patient and the illness.* Pitman, London, 1957. Tr. it. *Medico, paziente e malattia.* Feltrinelli, Milano, 1961.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation, an approach to learning and teaching.* Oxford University Press, Oxford, 1985.
8. Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente.* Cortina, Milano, 2000.
9. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness and Care. *Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research.* *Ann Intern Med* 1978;88:251-8.
10. Reiser SJ. *Medicine and the reign of technology.* Cambridge University Press, London, 1978. Tr. it. *La medicina e il regno della tecnologia.* Feltrinelli, Milano, 1983.
11. Anania S, Moja EA. *Etica e parole nelle consultazioni cliniche.* In corso di stampa, 2016.
12. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centered clinical method 2. Definition and application. *Family Practice* 1986;3:75-9.
13. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. A model for doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 1986;3:24-30.
14. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
15. Cole SA, Bird J. *The medical interview. The three-function approach.* Mosby, St. Louis, 2000.
16. Moja EA, Colombari S, Mariani V, Ferrari S, et al. L'archivio di videoregistrazioni di consultazioni cliniche dell'Università degli Studi di Milano. *La CURA* 2005;1:35-40.
17. Goldberg D, Steele JJ, Smith C, Spivey L. Training family practice residents to recognise psychiatric disturbances. *National Institute of Mental Health, Rockville, MD*, 1983.
18. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-6.
19. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients.* Radcliffe Publishing, Oxford, 2013. Tr. it. *Competenze per comunicare con i pazienti.* Piccin, Padova, 2015.
20. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Permanente Journal* 1999;3:79-88.
21. Frankel RM, Stein T. The four habits model. *J Med Practice Manage* 2001;16:184-91.
22. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Counsel* 2005;58:4-12.
23. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The four habits coding scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Counsel* 2006;62:38-45.
24. Scholl I, Nicolai J, Pahike S, Kriston L, Krupat E, Harter M. The German version of the four habits coding scheme – association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. *Patient Educ Counsel* 2014;94:224-9.
25. Candib L. *Medicine and the family.* Basic Books, New York, 1995.
26. Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Med* 2002;34:319-24.
27. Garder C. Medicine's uncanny valley: the problem of standardising empathy. *Lancet* 2015;386:1032-3.
28. Buckman R. *Breaking bad news: a guide for health-care professionals.* Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1992. Trad. it. *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi.* Cortina, Milano, 2003.
29. Cavicchi I. *La clinica e la relazione.* Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
30. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833-9.

31. Essers G, van Dulmen S, van Es J, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. *Patient Educ Counsel* 2013;93:567-72.
32. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968;42:855-71.
33. Bates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Sci Med* 2001;52:839-51.
34. Nova C, Vegni E, Moja EA. The physician-patient-parent communication. A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Educ Counsel* 2005;58:327-33.
35. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med* 1999;130:829-34.
36. Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Sci Med* 2009;68:533-43.
37. Rapp DE. Integrating cultural competency into the undergraduate medical curriculum. *Medical Educ* 2006;40:709-10.
38. Mauri E, Vegni E, Lozza E, Parker PA, Moja EA. An exploratory study on the Italian patients' preferences regarding how they would like to be told about their cancer. *Support Care Cancer* 2009;17:1523-30.
39. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
40. Del Piccolo L. La comunicazione della diagnosi di tumore al paziente e ai familiari: linee guida. *Recenti Progressi in Medicina* 2007;98:271-8.

Parte seconda
La comunicazione nel gruppo di lavoro
nelle unità operative sanitarie

1. Introduzione alla comunicazione nel gruppo di lavoro

Quanto tempo viene dedicato ogni giorno durante il nostro lavoro alla comunicazione?

Quanto contribuisce al modo con cui lavoriamo, a come ci sentiamo durante il turno di lavoro e alla nostra soddisfazione?

E ai risultati che conseguiamo?

Gli studi dimostrano che la comunicazione assume un ruolo importantissimo nelle nostre attività lavorative in sanità, sia con i pazienti sia con i colleghi e gli altri *stakeholder*. Di conseguenza, è fondamentale che tutti coloro che sono impegnati nelle unità operative posseggano specifiche competenze professionali in tale ambito, come peraltro sottolineato da tutti gli organismi nazionali e internazionali, tra cui l'Institute of Medicine¹ e l'Organizzazione Mondiale della Sanità². Secondo quest'ultima istituzione: "La competenza richiede conoscenze, appropriate attitudini e abilità osservabili meccaniche o intellettuali che insieme concorrono alla erogazione di una specifica prestazione professionale"³. Partendo dall'analisi delle molteplici teorie, è stata elaborata da Poletti⁴ una definizione che mette in luce le diverse dimensioni della competenza, inclusa quella etica, alla base dei comportamenti umani e che permea la comunicazione: "Una persona è competente quando possiede:

1. le risorse necessarie ad affrontare e gestire un insieme di situazioni in cui potrebbe incorrere, possedendo le necessarie conoscenze, abilità, sentimenti, attitudini;
2. la capacità cognitiva di elaborare conoscenze e applicarle ai diversi problemi e situazioni, facendo riferimento a teorie, oltre che alla propria storia e alla esperienza;
3. la abilità psicomotoria di agire con destrezza;
4. la maturità emotiva di affrontare con padronanza di sé le diverse situazioni, che si estrinseca in atteggiamenti e abilità relazionali;
5. l'adozione di principi etici nelle scelte e nelle azioni".

Ma quali sono allora le competenze comunicative necessarie per le relazioni organizzative che un operatore sanitario deve possedere? Le principali, verso cui tendono anche gli obiettivi formativi del nostro corso, possono essere così identificate:

- riconoscere il valore della comunicazione per un efficace ed efficiente espletamento del proprio ruolo, in quanto membro attivo di un gruppo di lavoro e di una organizzazione;
- applicare approcci, metodi e strumenti per una efficace comunicazione, considerando il contesto e le diverse circostanze;
- riconoscere i principali problemi connessi alla comunicazione nell'affido del paziente (*handover*) per assicurare la continuità terapeutica e gli strumenti che possono aumentarne l'efficacia;
- prevenire gli eventi avversi riconducibili a criticità nella comunicazione nel gruppo di lavoro;
- utilizzare la comunicazione per sostenere la seconda vittima di un evento avverso e per il recupero del clima organizzativo;
- comunicare efficacemente per prevenire i conflitti e la loro gestione;
- impiegare strategie comunicative per lo sviluppo del gruppo di lavoro;
- valutare l'impiego della comunicazione nel gruppo di lavoro e nel rapporto con le altre unità operative.

Di seguito verranno presentati i contenuti con riferimento a:

- la comunicazione nel gruppo di lavoro;
- gli strumenti per la comunicazione nel gruppo;
- la comunicazione per la sicurezza del paziente e la gestione dell'evento avverso;

- la comunicazione per l'affido del paziente nella continuità terapeutica (*handover*);
- la valutazione della comunicazione

1.1 Perché bisogna sviluppare abilità di comunicazione nel gruppo di lavoro?

L'impegno che ci assumiamo con questo percorso formativo è quello di aumentare le nostre competenze nella comunicazione in ambito lavorativo per quanto riguarda la relazione con i colleghi, il gruppo di lavoro, gli operatori di altre unità operative, dipartimenti e strutture.

Alcune domande affiorano immediatamente:

Si possono migliorare le proprie abilità comunicative?

Vale la pena impegnarsi a migliorare le proprie abilità se gli altri colleghi non lo fanno?

Basta la comunicazione per migliorare l'ambiente di lavoro?

Forniamo in questa sede delle brevi risposte, risultato delle esperienze maturate nelle aziende sanitarie e attraverso la ricerca e auspichiamo che ciascuno possa confermare le convinzioni proposte sulla base dello studio e della applicazione dei concetti e delle metodologie che verranno presentate nel testo.

La capacità di comunicare, come vedremo, non si limita alla mera acquisizione di tecniche, ma richiede la consapevolezza circa molteplici aspetti (bisogni, significati, emozioni, sentimenti, aspettative) legati a chi promuove la comunicazione e alle altre persone coinvolte nel processo. Affrontare tale tematica offre l'occasione di riscoprire se stessi e gli altri e consente di migliorare il proprio modo di approcciare le persone e le situazioni, oltre che migliorare i processi comunicativi e di conseguenza le relazioni interpersonali e di gruppo.

La realizzazione di un numero elevato di corsi che vengono effettuati annualmente nelle aziende sanitarie e la corresponsione di crediti formativi ai partecipanti possono essere considerati un indicatore del valore che viene attribuito alla formazione per migliorare le capacità di comunicazione e del fatto che nelle realtà operative ne venga riconosciuto il risultato. Delle numerose ricerche sul tema, si citano a livello esemplificativo lo studio randomizzato di Curtis et al.⁵ sull'impatto per la clinica e i lavori sulla tecnica SBAR e le altre tecniche per il passaggio di informazioni nel momento dell'affido del paziente al cambio di turno o al momento del trasferimento, che verranno illustrate di seguito.

Volendo fare riferimento al primo degli assiomi della comunicazione proposto da Watzlawick e colleghi⁶, che recita "Non si può non comunicare, attività, inattività, parole, silenzi sono messaggi che influenzano gli altri", troviamo riscontro alla convinzione che il nostro comportamento potrà comunque influenzare gli altri e che quindi vale la pena di investire sulle nostre abilità comunicative, consapevoli che ogni atto è importante, sia espresso in parole sia in azioni.

La comunicazione è lo strumento attraverso cui le persone interagiscono e la loro cultura organizzativa prende forma e si diffonde, non si può affermare che essa sia sufficiente per migliorare l'ambiente di lavoro, ma ne è strumento indispensabile perché, oltre a contribuire al conseguimento degli obiettivi di cura, sviluppa le relazioni umane e determina il clima della unità operativa.

Relativamente agli obiettivi di cura, la comunicazione tra operatori è risultata essere uno dei fattori determinanti della qualità e della sicurezza del paziente, come documentato dalla numerosa letteratura in merito (si veda più avanti) e dai dati del Rapporto sul Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella (4° Rapporto settembre 2005-dicembre 2013), dove la cattiva comunicazione emerge come uno dei principali fattori contribuenti degli eventi avversi.

1.2. Come possiamo sviluppare le nostre competenze comunicative?

Questo dossier è un'opportunità per sviluppare le competenze comunicative necessarie per lavorare con soddisfazione nel gruppo di lavoro della propria unità operativa, una base per ulteriori approfondimenti. E' molto importante che non si legga o studi passivamente, ma si rifletta su situazioni analoghe accadute di cui si è fatta esperienza o che i colleghi o altri hanno raccontato, cercando similitudini ed elementi a cui non si era data la dovuta importanza (o viceversa a cui si era attribuita troppa importanza) e prospettando diverse soluzioni. Inoltre, fondamentale è sviluppare ulteriormente la capacità (già posseduta a diversi livelli) di ascoltare le proprie sensazioni ed emozioni, ascoltare la propria voce mentre si parla, prestare attenzione a quello che le nostre mani, piedi, gambe e le altre parti del corpo ci trasmettono, capire che cosa ci facilita e che cosa ci crea disagio e difficoltà nelle diverse condizioni e situazioni in cui ci veniamo a trovare, infatti, solo se ci ascoltiamo possiamo ascoltare gli altri.

Molto utile potrebbe essere un quaderno da portare con noi, su cui annotare emozioni e situazioni (sì, certo, possiamo usare i nostri strumenti tecnologici) e successivamente rileggerli, evidenziare gli aspetti comunicativi, riflettere e magari trovare nuove prospettive o soluzioni.

Come il paziente viene invitato a scrivere la sua storia, anche per il professionista sanitario può essere molto importante descrivere le situazioni relazionali che segnano la sua vita durante il lavoro, che si tratti di eventi spiacevoli (contrastati, conflitti, eventi avversi o mancati) o gratificanti. Ripercorrere un evento in un momento successivo al suo accadimento, mettendo in sequenza il succedersi delle comunicazioni, accompagnate dagli elementi non verbali che ci avevano colpito, ci aiuta a migliorare le nostre capacità. Il confronto con uno o più colleghi, un mentore o una comunità di pratica⁷ potrebbe costituire un'ulteriore opportunità di revisione e feedback. Oltre che su quanto annotato, il confronto sulle situazioni può essere promosso durante i *briefing*, i *de-briefing*, le comunicazioni al cambio turno o al trasferimento, le riunioni organizzative e formative e ogni qual volta si possa trovare uno spazio per questo. L'accesso alla letteratura, sia generale sia specifica alle situazioni considerate nel contesto sanitario facilita l'analisi accurata e l'apprendimento di nuove conoscenze e prospettive.

Oltre ad approfondire i diversi aspetti delle emozioni e della comunicazione negli specifici articoli e testi, è utile - per confrontarsi con le relative implicazioni - la lettura di romanzi e la visione di filmati e film, in particolare quelli in cui tale tematica costituisce il tema principale, ma può costituire un utile esercizio anche prestare attenzione a come tali elementi (emozioni e comunicazione) vengono affrontati, come spunto di riflessione e in qualche caso rispecchiamento di situazioni esperite.

Certo, questo riguarda le competenze di base della comunicazione, l'alfabeto su cui ogni declinazione si sviluppa e su cui si vanno a innescare le specifiche applicazioni al contesto lavorativo.

2. La comunicazione nella organizzazione

2.1. Il sistema per la comunicazione

Il raggiungimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie trova nei processi di comunicazione uno strumento sempre più importante. Va infatti innanzi tutto evidenziato come tali organizzazioni, caratterizzate dalla complessità dei rapporti interni ed esterni e dalla numerosità di prodotti e processi produttivi, richiedano un **sistema di comunicazione “progettato”** e gestito in forma snella e flessibile, per adattarsi alle continue evoluzioni delle esigenze e dei mezzi disponibili per soddisfarle. Per quanto riguarda la gestione interna, per una appropriata, efficace, efficiente ed evolutiva erogazione di prestazione e servizi e la gestione della vita organizzativa sono necessari impegno e consapevolezza da parte di tutti gli attori.

Ogni azienda sanitaria ha una propria **identità** e una propria **immagine** che la veicola, il coordinamento di tutto ciò che viene comunicato e delle diverse modalità utilizzate è fondamentale per raggiungere gli obiettivi. L'immagine è il frutto delle relazioni tra quello che viene comunicato in modo ufficiale (l'immagine che si vorrebbe), l'immagine che gli operatori forniscono e ciò che viene percepito dagli *stakeholder*, cioè tutti i soggetti a qualche titolo coinvolti. La comunicazione è efficace se si trasmette l'identità dell'azienda, così come definita nelle *mission* e *vision*, la sua affidabilità, la sua capacità di corrispondere alle aspettative dell'utenza e della comunità. Non ci può essere una buona comunicazione esterna se non c'è una buona comunicazione all'interno del gruppo di lavoro, della unità operativa, della struttura.

Comunicazione significa **“mettere in comune”**.

Diventa imperativo condividere e confrontarsi sui valori che sottostanno a ogni scelta e comportamento e quindi concordare e coordinare le strategie e le azioni da porre in essere per perseguire i fini comuni (sentiti, vissuti come tali e non solo come meri obblighi), consapevoli di portare con sé le proprie storie e competenze, arricchendosi reciprocamente nel fornire insieme in modo integrato le risposte ai cittadini.

In una organizzazione sanitaria “centrata sulla persona” l'efficacia dipende in gran misura dalla sinergia (nel tempo e nello spazio) tra tutte le azioni e dalla comunicazione necessaria per conseguirla. Secondo Cox & Gray⁸ infatti, quest'ultima permea ogni momento, come emerge dai quattro indicatori di valutazione delle organizzazioni sanitarie che gli autori forniscono:

1. specificate come istruite, sostenete e fate crescere il vostro personale affinché pratici una medicina e una sanità basate sulla relazione e la centralità della persona;
2. indicate come e quando viene fornita supervisione allo staff da parte di mentori esperti;
3. descrivete in dettaglio le metodologie formative che utilizzate per formare il personale nel *counselling* e nelle abilità di ascolto ed empatia compassionevole. Descrivete la vostra strategia per lo sviluppo professionale nella cura centrata sulla persona e specificate come e da chi verrà implementata;
4. indicate come identificate e sostenete i modelli di ruolo per la erogazione di servizi e prestazioni basate sulla centralità della persona e la implementazione di una cultura della gentilezza intelligente.

Per sostenere quindi una organizzazione basata sulla persona è necessario disporre di una strategia comunicativa strutturata, dove vengono definiti:

- **chi fornisce la comunicazione**
- **che cosa deve comunicare**
- **perché**
- **come (approccio, metodi e strumenti)**

- **quando**
- **integrandosi con quali altre strategie/strumenti**
- **integrandosi come**

Il sistema comunicativo deve essere pertanto:

- “progettato”
- sistematicamente implementato
- organico
- mirato e “differenziato”
- partecipato.

Le dimensioni in cui la comunicazione permea l'azienda sanitaria, e che quindi debbono essere le componenti della strategia, possono essere ricondotte almeno alle seguenti, con cui ogni operatore si confronta costantemente:

- comunicazione per veicolare la *mission* e la *vision* aziendali, e quindi i valori alla base della cultura aziendale, che costituiscono il tessuto su cui si innesca il sentimento di appartenenza di ciascuno, costantemente alimentano a ogni livello. Il senso di **appartenenza** è un importante elemento per la motivazione;
- trasmissione da parte della direzione strategica al personale di indicazioni circa le **strategie** e le **direttive**;
- interazione continua nel quotidiano per la **pratica**, la **continuità terapeutica**, la **gestione di situazioni difficili**, i **processi organizzativi**, la **formazione** e lo **sviluppo**;
- comunicazione con le persone pazienti e gli altri *stakeholder*;
- scambio e raccolta di informazioni, pareri, proposte dal personale e da tutti gli altri *stakeholder* per la revisione costante e il **miglioramento** continuo della qualità e della sicurezza e l'innovazione.

2.2. Cultura organizzativa e comunicazione

Un elemento determinante per la comunicazione, ma anche da essa forgiato, è quello della **cultura organizzativa**, di cui sono state elaborate moltissime definizioni, in coerenza con le conoscenze disponibili nello specifico momento storico, passando quindi da una concezione prima statica e poi dinamica della organizzazione.

Cambiando le concezioni della organizzazione, negli ultimi anni si sono trasformati anche i paradigmi culturali, intendendo per paradigma⁹ una costellazione di concetti, valori, percezioni e pratiche condivise da una comunità, che formano la specifica percezione della realtà, la base su cui la comunità si organizza. Johnson¹⁰, nel suo paradigma della cultura organizzativa, comprende i seguenti elementi: sistemi di controllo, rituali e routine, storie e miti, simboli, strutture di potere, strutture organizzative. Per Schein¹¹ la cultura organizzativa è “un modello di assunti di base che il gruppo ha appreso risolvendo i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna, che ha funzionato bene tanto da essere considerato valido ed essere insegnato ai nuovi membri come modo corretto di percepire, pensare e sentire, che si evolve nel tempo e viene trasferito da una generazione all'altra”. La cultura fa riferimento ad artefatti e valori espliciti: strategie, obiettivi e modi di vedere e interpretare, oltre che ad assunti e valori di fondo impliciti. Seel¹² modifica il concetto di cultura organizzativa alla luce delle teorie della complessità¹³ e la considera “il risultato della continua negoziazione di valori, significati e proprietà tra i membri di una organizzazione e con l'ambiente”, frutto delle conversazioni e negoziazioni quotidiane tra i membri della équipe. Sottolinea inoltre come il cambiamento non possa essere indotto dall'esterno ma solo facilitato, e debba invece emergere da una trasformazione interna resa possibile da una rielaborazione della

realtà da parte dei membri della stessa. Tale definizione sembra particolarmente utile rispetto alla analisi dei processi di gestione e della loro trasformazione.

Molti autori differenziano la cultura dal “clima organizzativo” che definiscono come “fenomeno psicologico, definito come la percezione in un certo momento, relativo a problemi intangibili quali fattori situazionali o ambientali. È un fenomeno temporaneo, rappresenta un’istantanea della cultura, relativamente instabile e soggetto a cambiamenti, in relazione alle caratteristiche dell’ambiente in un preciso istante o alle condizioni generali”. Costituisce la misura della cultura in un determinato momento e luogo, così come emerge dalla percezione dei membri di un gruppo.

La **comunicazione consapevole** diventa quindi lo strumento privilegiato per creare un clima positivo, in cui si persegue la valorizzazione, la soddisfazione e il benessere di ciascun componente del gruppo di lavoro e del personale nel suo insieme.

2.3. Comunicazione per la convivenza organizzativa

Avallone¹⁴ definisce la convivenza organizzativa come quel processo che consente agli individui di gestire relazioni significative e stabili, collocate in uno spazio fisico e simbolico, con altre persone, all’interno del contesto lavorativo. Le dimensioni della convivenza, identificate dalla ricerca effettuata dallo stesso autore nei contesti italiani, sono i seguenti:

- rispetto delle norme e delle regole esplicite e implicite;
- riconoscimento dell’altro, rispetto e tolleranza della diversità;
- sicurezza e stabilità;
- obiettivi comuni, efficacia collettiva;
- equità nell’accesso alle risorse e nella gestione delle relazioni interpersonali;
- solidarietà e supporto all’altro;
- fiducia, speranza, affidamento;
- attenzione per l’altro e comunicazione;
- potere nella relazione, equilibrio tra i ruoli;
- piacevolezza nella relazione e investimento di energie.

Le categorie fondamentali per una convivenza positiva sono state così individuate:

- tolleranza;
- alleanze;
- professionalità.

Le minacce alla convivenza organizzativa sono invece riconducibili a:

- “potere contro”, ossia un ambiente in cui i singoli perseguono interessi personali e concepiscono gli altri come antagonisti;
- mancanza di rispetto;
- differenze.

Se alla base della convivenza organizzativa risulta esservi la capacità di gestione dell’integrazione tra persone, in relazione al raggiungimento degli obiettivi loro assegnati ma anche alle interazioni tra persone, la **comunicazione** costituisce il perno costante delle vita della unità operativa.

2.4. Diversità e comunicazione

Interagire con gli altri richiede la consapevolezza che ciascuno si esprime attraverso la propria cultura, ossia l’insieme dei suoi valori e regole, diversi in base ai contesti, momenti storici, gruppi (etnici, religiosi, sociali). I fattori a cui comunemente si fa riferimento nel caratterizzare le diverse culture sono l’etnia, la nazionalità, la razza, l’età, il genere, la famiglia, la lingua, la religione. Relativamente alle relazioni negli ambienti sanitari, tra gli ulteriori fattori che determinano

differenze che incidono sulle relazioni vanno inclusi: la *classe sociale*, l'*istruzione* e l'*appartenenza a una determinata professione*, la *specialità*, la *gerarchia*. Tali differenze incidono sulle tipologie e modalità di comunicazione tra le persone e nel gruppo.

Secondo Victor¹⁵, la cultura veicola credenze collettive e pratiche condivise, utilizzate dalle persone per dare un senso alla propria esistenza, lo schermo attraverso cui le persone si percepiscono e si posizionano nella società, adottando un coerente stile di vita. Nelle unità operative sanitarie, la competenza culturale dei membri del gruppo di lavoro influenza non solo la relazione che si instaura con la persona paziente e la sua famiglia, ma anche quella tra colleghi. E' quindi necessario sviluppare la propria **competenza culturale**, per contribuire a una convivenza organizzativa orientata al benessere del lavoratore e all'efficacia assistenziale. Per Dauvrin e Lorant¹⁶ "la competenza culturale tra gli operatori sanitari viene acquisita assimilando i comportamenti agiti dai colleghi del proprio ruolo, ma dipende anche dal contesto e da fattori individuali". Secondo tali autori, lo sviluppo e la implementazione di strategie di sviluppo della competenza culturale tra gli operatori richiede innanzi tutto di accertare le relazioni interprofessionali e di poter contare sulla guida del leader del gruppo, che non sempre è colui che ha un ruolo manageriale nella organizzazione.

Per maturare come persone e come gruppo di lavoro è necessario essere consapevoli delle fasi che caratterizzano il rapporto con la diversità: negazione, difesa, minimizzazione, accettazione, adattamento, integrazione, per poter adottare le opportune strategie. Può essere utile fare riferimento alla strategia sintetizzata nell'acronimo **LEARN** (apprendi):

Listen: ascolta

Explain: spiega

Acknowledge: riconosci

Recommend: consiglia

Negotiate: negozia.

Lo strumento per facilitare e consolidare il processo di conoscenza e arricchimento attraverso la diversità è la comunicazione aperta.

Solo attraverso il **confronto sui valori e la esplicitazione dei diversi punti di vista**, in modo trasparente, si può pervenire a soluzioni condivise. Naturalmente, affinché questo non rimanga solo un auspicio, è necessario creare le condizioni operative e un clima organizzativo di rispetto e fiducia; a tal fine la prima tappa è la *conoscenza di ciascuno* (competenze, esperienze, ambizioni, progetti). Talvolta, gli operatori conoscono solo coloro che sono presenti durante il medesimo turno di servizio oppure solo i colleghi della stessa figura professionale, mentre di coloro che appartengono alle altre figure professionali conoscono pochi elementi, non sufficienti a valorizzarne le peculiarità.

2.5. Generazioni e comunicazione nella organizzazione

Un elemento particolarmente importante nella convivenza organizzativa al momento attuale è costituito dalla appartenenza del personale a diverse **generazioni**. Il fenomeno sembra sempre più rilevante in relazione alla crescente proporzione di operatori senior, anche se dagli studi emerge non vi sia un impatto sulle abilità cognitive, l'efficienza e la qualità lavorativa, che vengono arricchite dall'esperienza, che migliora la scelta delle strategie, la identificazione degli aspetti essenziali dei processi e l'anticipazione dei problemi. Non sempre le differenze generazionali sono conosciute, considerate e agite come opportunità, ma vengono vissute invece come barriere. La conoscenza delle caratteristiche di ciascuna generazione potrebbe invece arricchire e trovare modalità integrate più efficaci di intervento. La tabella che segue¹⁷ offre un quadro di alcune differenze tra le

generazioni presenti nei servizi, ossia *veterani* (1925-1944), *baby boomer* (1945-1964), *generazione X* (1965-1980), *generazione Y* (1981-2000).

	Veterani	Baby boomer	Generazione X	Generazione Y
Valori fondamentali	Dedizione/sacrificio Duro lavoro Conformità Legge e ordine Rispetto per l'autorità Pazienza Sanno che ci vuole tempo per la ricompensa Dovere prima del piacere Seguire le regole Disciplina Fedeltà verso l'organizzazione	Ottimismo Orientamento al lavoro di gruppo Gratificazione personale Salute e benessere Crescita personale Lavoro Gioventù Coinvolgimento Senso di appartenenza	Diversità Pensare globalmente Bilanciamento vita privata/lavoro Alfabetizzazione tecnologica Divertimento Informalità Fiducia in se stessi Pragmatismo Apolitici Assenza di legami Iniziano dalla cima	Ottimismo Senso civico Fiducia Realizzazione Socievolezza Moralità Se la sanno cavare Diversità Idealismo Assenza di legami Equità e uguaglianza
Risorsa per il posto di lavoro	Stabili Orientati al dettaglio Scrupolosi Leali Gran lavoratori	Orientati al servizio Motivati Desiderosi di fare più di quanto venga richiesto Orientati alla relazione Desiderosi di soddisfare gli altri Membri positivi di una squadra Focalizzati sul lavoro	Adattabili Tecnologicamente alfabetizzati Indipendenti Non intimiditi dall'autorità Creativi Focalizzati sulla carriera Desiderosi di variare	Azione collettiva Ottimismo Tenacia Capaci di fare più cose contemporaneamente Abili con la tecnologia Ambiziosi
Criticità per il posto di lavoro	In difficoltà con le ambiguità e il cambiamento Riluttanti a opporsi al sistema A disagio con i conflitti Reticenti quando in disaccordo	Non orientati naturalmente a rapportarsi col budget A disagio con i conflitti Riluttanti a mettersi contro i propri pari Tropo sensibili ai feedback Critici verso coloro che vedono le cose in modo diverso Egocentrici Si sacrificano per il lavoro Poca fiducia nell'autorità	Impazienti Scarse abilità relazionali Inesperti Cinici, scettici Non si sacrificano per il lavoro Mancanza di rispetto per l'autorità	Necessitano di supervisione e orientamento Inesperti, specie quando hanno a che fare con persone difficili

Manion¹⁷ suggerisce nella gestione di personale appartenente a più generazioni di adoperarsi per:

- creare una cultura organizzativa che coinvolga tutto il personale e porti a un alto livello di ritenzione dello stesso;
- rispondere alle circostanze presenti con flessibilità di pratiche e approcci;

- gestire efficacemente gli scontri culturali e i conflitti che possono instaurarsi tra generazioni;
- valorizzare e utilizzare approcci e interventi specifici per ciascuna generazione.

La comunicazione nelle diverse generazioni assume forme e strumenti diversi, soprattutto per la differente familiarità con la tecnologia, d'altro canto essa costituisce lo strumento per interagire e costruire insieme. A essa va quindi dedicato un impegno rilevante per rendere le differenze un valore percepito da tutti e non una barriera.

2.6. Gerarchia e comunicazione nella organizzazione

Un altro aspetto fondamentale da considerare nella comunicazione organizzativa è la **gerarchia**, vissuta come differenziazione anziché come servizio. Fa specie sentire ripetere nei discorsi e corsi sulla gestione del rischio clinico che uno dei fattori importanti è di sentirsi membri del gruppo operativo, in cui non devono permanere distanze tra i ruoli, proprio perché tutti orientati al medesimo scopo, dove ciascun operatore e figura professionale sono indispensabili, e riscontrare invece che le stesse persone all'interno dei gruppi di lavoro nelle unità operative nemmeno si conoscono, trincerate dietro barriere di posizione. La gerarchia può costituire un ostacolo per le esigenze delle organizzazioni sanitarie, rallentando i processi di comunicazione, assunzione delle decisioni, introduzione di nuove idee, valorizzazione del personale, soprattutto di quello non conforme al modello proposto. Walton¹⁸ definisce le gerarchie “il muro di Berlino per la sicurezza del paziente”. Evidenzia inoltre come sia necessario passare da un approccio gerarchico a uno centrato sul paziente, in cui le competenze siano progettate sui livelli di responsabilità attribuite. Sottolinea inoltre: “ho spiegato agli studenti durante il *debriefing* che il linguaggio per discutere e apprendere dagli errori è ancora sottosviluppato, con molti operatori non in grado di passare da 'chi lo ha fatto' a 'cosa è accaduto'”.

2.7. Sicurezza del paziente e comunicazione nella organizzazione

La comunicazione entra in tutte le fasi del piano per la promozione della sicurezza del paziente nelle unità operative, nei dipartimenti, nelle strutture ospedaliere e territoriali. La comunicazione è infatti il processo attraverso cui vengono scambiate le informazioni, che comprende da un lato il contenuto, ciò che le parole dicono, dall'altro la relazione, ovvero quello che i parlanti lasciano intendere, a livello verbale e più spesso non verbale, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro⁶. La tassonomia pubblicata dal National Quality Forum (USA) nel gennaio 2006 “Standardizing a patient safety taxonomy”, identifica come problema di comunicazione l'insuccesso nello scambio tra paziente e medico, tra parenti del paziente e medico, tra personale medico e non. A livello di classificazione secondaria e terziaria la definisce come “un errore o insuccesso nello scambio di pensieri, messaggi o informazioni, attraverso il linguaggio, segni, scritti o comportamenti”. Identifica quindi ulteriori cinque sotto categorie:

1. informazione incompleta/inaccurata;
2. indicazioni/interpretazioni dubbie;
3. incompleto processo di acquisizione del consenso;
4. incompleto/non adeguato processo di comunicazione dei rischi connessi ai processi di cura;
5. documentazione incompleta o comunque non rigorosa. Sulla base dei dati raccolti, la non corretta comunicazione è stata identificata come uno dei principali fattori alla base degli errori.

Gli obiettivi per la promozione della sicurezza indicati dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA) includono i seguenti:

1. aumentare l'efficacia della comunicazione tra operatori:
 - garantire la ricezione attraverso la ripetizione da parte di chi riceve il messaggio durante la trasmissione verbale o telefonica dei risultati di esami clinici;

- standardizzare una lista di abbreviazioni, acronimi e simboli non sono utilizzati ovunque nella organizzazione;
- misurare, verificare e, se necessario, migliorare la tempestività della trasmissione dei risultati clinici agli operatori responsabili della cura;

2. introdurre un approccio standardizzato di comunicazione, che includa l'opportunità di chiedere e ottenere risposte.

Per una efficace ed efficiente organizzazione è quindi essenziale che la comunicazione venga organizzata e gestita, e a tal fine vanno identificati i momenti di interconnessione (molto delicato per il rischio clinico è il passaggio delle consegne) e assunte misure atte a facilitarla, considerando per esempio il problema linguistico¹⁹ sia tra personale sia con pazienti di diverse madrelingua e le categorie fragili. La comunicazione favorisce l'apprendimento dall'errore e il miglioramento della pratica clinica e pertanto deve entrare a far parte del bagaglio professionale di ciascun operatore e dirigente²⁰.

A livello organizzativo vanno considerate in particolare le seguenti modalità:

- **medical round** (giro medico): la comunicazione in questo importante momento si dovrebbe configurare come una consultazione tra gli operatori presenti, medici, infermieri ed eventuali altri, incluso, quando necessario, il farmacista²¹ e, quando possibile, la persona paziente (nella prospettiva della *partnership* e dell'*empowerment*);
- **briefing** (riunione): molte sono le motivazioni della riunione per la discussione del caso clinico, che dovrebbe prevedere il contributo attivo multiprofessionale e multidisciplinare. La istruttoria preliminare, una metodologia di discussione precisa, il supporto di sussidi quali il computer e il proiettore o la lavagna a fogli, facilitano la partecipazione e la considerazione di tutti gli elementi utili;
- **briefing per la sicurezza del paziente**: si tratta di una brevissima riunione di circa 3 minuti per la comunicazione ai colleghi delle priorità da considerare per quanto concerne la gestione del rischio clinico dei pazienti in carico nella unità operativa. E' fondamentale che l'operatore che informa i colleghi abbia preparato le sue indicazioni su un modulo predisposto all'uopo, utilizzando una delle tecniche presentate nel capitolo che segue. Tale modulo deve riportare in forma essenziale, immediatamente individuabile e comprensibile, le indicazioni circa le priorità. I criteri per la individuazione delle priorità debbono essere concordati dal gruppo e quindi essere noti a tutti;
- **briefing/huddle**: consultazione nel gruppo di lavoro prima di un intervento chirurgico per verificare la presenza di tutte le condizioni di sicurezza, sostenuta dalla compilazione della checklist²² e, dopo l'intervento (*de-briefing*), per rivedere e apprendere²³. Per approfondimenti si veda il Manuale del Ministero della Salute sulla sicurezza in chirurgia.

La modalità con cui viene gestita la **comunicazione nelle situazioni connesse a eventi avversi** condiziona l'andamento e i risultati per quanto riguarda i rapporti con il paziente e i familiari, il personale e gli altri membri della istituzione sanitaria, i mass media e la comunità.

Fein e colleghi²⁴ forniscono un modello concettuale per affrontare la comunicazione in caso di evento avverso, che comprende quattro categorie di fattori:

- *operatori* (responsabilità professionale percepita, timori per la propria reputazione, di perdere il lavoro, di essere denunciati, formazione, insufficiente preparazione a comunicare con il paziente, in particolare per quanto riguarda l'errore);
- *paziente* (desiderio di informazione, sofisticazione del livello di cura, rapporto con l'operatore);
- *errore* (livello del danno e se il paziente e gli altri sono consapevoli dello stesso);
- *cultura istituzionale* (tolleranza per l'errore e struttura di supporto).

Le Linee guida per la comunicazione del Ministero della Salute (da consultare per ulteriori informazioni sul tema) adottano i principi della campagna inglese “Being open”, che sono:

1. ammissione dell’evento avverso;
2. principio della verità, tempestività e chiarezza della comunicazione;
3. scusarsi;
4. riconoscimento delle aspettative del paziente e/o dei suoi parenti;
5. supporto professionale;
6. sistema di gestione del rischio e del miglioramento del sistema;
7. responsabilità multidisciplinare;
8. governo clinico;
9. riservatezza;
10. continuità della cura.

La **comunicazione all’interno del gruppo di lavoro non appena accade un evento** è fondamentale per una gestione efficace della situazione, infatti, se non tutti sono informati e non è stata condivisa una linea di azione, possono pervenire al paziente informazioni discordanti nel contenuto o nel metodo, con il rischio di disorientarlo e mettere a repentaglio il rapporto.

La scelta di chi deve comunicare l’accaduto è estremamente importante. L’operatore deve possedere le seguenti caratteristiche:

- essere conosciuto dal paziente;
- avere conoscenza degli eventi e del piano assistenziale del paziente;
- avere esperienza e competenza tale da essere credibile;
- avere abilità nella relazione interpersonale;
- avere una formazione (e quindi essere competente) sulla comunicazione al paziente di eventi avversi;
- usare un linguaggio semplice e comprensibile;
- essere in grado e desideroso di informare il paziente e gestire la specifica situazione;
- avere la disponibilità a mantenere una relazione con il paziente nel medio-lungo termine, se necessario.

In un secondo momento, può essere valutata l’opportunità di un incontro con il direttore della unità operativa, del dipartimento o, se necessario, della struttura. Sicuramente, nel caso venga realizzata una inchiesta, è utile che il responsabile della stessa venga presentato al paziente, lo rassicuri circa l’attività intrapresa e sulla tempestiva informazione dei risultati non appena saranno disponibili.

Per la migliore conduzione del colloquio vanno tenuti nella dovuta considerazione i seguenti elementi:

- le caratteristiche del paziente (età, sesso, ambiente di provenienza), nonché le sue capacità di comprendere, per poter tarare e gestire con attenzione e sensibilità la situazione e le eventuali reazioni;
- la situazione clinica e le conseguenze del danno provocato;
- la eventuale presenza di altre persone, quali i familiari e il medico di medicina generale, ma anche dell’eventuale interprete o mediatore culturale.

Per garantire che quanto condiviso nel colloquio venga portato avanti nel migliore dei modi, tutti gli operatori della unità operativa dovrebbero assumere un comportamento omogeneo. A tal fine è necessario che condividano la strategia da adottare con tutti i soggetti a qualche titolo coinvolti.

Cantor e colleghi²⁵ rilevano nelle unità operative la assenza o la poca chiarezza delle politiche riguardanti la comunicazione dell’errore, la assenza di supporto e incentivi alla segnalazione degli errori, il timore di azioni disciplinari, l’incentivazione alla competizione tra clinici, la precarietà del posto di lavoro. Vanno inoltre considerati i timori degli operatori per quanto riguarda²⁶:

- ansia e scoraggiamento dei pazienti;
- perdita di fiducia nelle capacità del medico;
- cultura dell'infallibilità del medico;
- incremento dei premi assicurativi;
- danno alla reputazione o alla carriera dei medici;
- perdita della stima dei colleghi;
- scarsa conoscenza delle tecniche di comunicazione;
- atteggiamenti difensivi.

Va condiviso a livello dipartimentale il **protocollo/istruzione operativa sulla comunicazione degli eventi avversi** che la azienda sanitaria ha approvato sui pazienti e i familiari (coinvolgendo nella redazione anche i pazienti e le loro organizzazioni), per evitare di aggravare la situazione e mettere a repentaglio la fiducia dei cittadini nei servizi e nei professionisti. Se nella unità operativa sono accaduti eventi avversi o sono in corso indagini sugli stessi, è necessario che tutti gli operatori si attengano a una linea di azione concordata nei confronti dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori delle altre unità operative. Le informazioni si propagano velocemente e, se non chiare, assumono inaspettatamente connotazioni molto diverse fra loro. Il clima organizzativo è determinante in tale fase per assicurare che gli operatori agiscano sinergicamente e i pazienti, i loro familiari e i visitatori percepiscano che la situazione è gestita in modo appropriato. Sebbene tale clima sia il risultato delle gestione nel tempo, è necessario che nell'ambito del gruppo di lavoro l'evento venga discusso e si concordi una linea di azione. Particolare attenzione deve essere prestata a **sostenere gli operatori**²⁷, perché possono sentirsi in colpa e provare un senso di fallimento e vergogna, quindi è particolarmente utile per loro sentirsi sostenuti dai colleghi e dalla organizzazione, al fine anche di gestire al meglio i colloqui con i pazienti e i familiari, oltre che i propri sentimenti.

Fondamentale diventa quindi il continuo coinvolgimento e la tempestiva informazione di ciascuno circa gli obiettivi da perseguire, gli strumenti e le risorse disponibili, soprattutto in termini di *know how* e risultati conseguiti (non solo come mezzo di valorizzazione e riconoscimento, ma come stimolo e conoscenza da trasferire).

2.8. Comunicazione e continuità della cura

L'aumento di eventi avversi e disagio relazionale tra operatori, dovuti a comunicazione carente e incomprensioni nella operatività, sono sintomi di un problema emergente di comunicazione, riconducibile a molteplici cause, tra cui la crescente complessità delle cure e il relativo incremento del numero di competenze, strutture e professionisti coinvolti. Le conseguenze in termini di danni per i pazienti, malessere organizzativo del personale, costi per le strutture, hanno stimolato negli ultimi anni l'impegno di operatori e ricercatori nella analisi della attività legate all'"affido del paziente" (indicato come "consegna") dei problemi che possono insorgere e delle relative cause e nella ricerca di soluzioni efficaci ed efficienti. Tra queste ultime, la standardizzazione e l'uso di strumenti informatici possono costituire un aiuto, ma non sostituire lo scambio di informazioni tra "persone" operatori/professionisti; anche far partecipare il paziente a questa attività richiede specifiche modalità e competenze.

La consegna clinica si riferisce al trasferimento delle responsabilità/*accountability* (presa in carico e responsabilità) per alcuni aspetti della cura di un paziente, o gruppo di pazienti, a un'altra persona o gruppo professionale per un periodo o per sempre²⁸.

La Organizzazione mondiale della sanità – Alliance for Patient Safety – nel 2007 ha diffuso una specifica Soluzione "Communication during patient handovers", in cui viene sottolineato che il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team

all'altro o dagli operatori al paziente e alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie e con le residenze protette, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza. Viene enfatizzata l'importanza di tale passaggio, in relazione alla sua frequenza in molti ambiti del percorso di cura: accesso alle cure primarie, passaggio da un medico all'altro, cambio di turno degli infermieri, trasferimento da una unità operativa o struttura a un'altra, passaggio dal pronto soccorso al reparto, dimissione verso il domicilio o altra struttura residenziale, e pertanto si sottolinea che è necessario farsene carico adottando una specifica metodologia.

All'interno del processo della consegna clinica è particolarmente importante la componente relativa alla “**consegna comunicativa**”, ossia la trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali relative al paziente; numerosi studi hanno evidenziato che questo passaggio è critico e causa di possibili lacune operative. Molti sono gli studi in merito che testimoniano il ruolo della comunicazione per l'efficacia o la determinazione di rischi per il paziente. Se ne citano solo alcuni a livello esemplificativo.

Lo studio di Borowitz e colleghi²⁹ in pediatria ha messo in luce lacune informative in 158 situazioni su 196 (81%) individuate e, nello specifico, in 49 situazioni su 158 (31%) è accaduto qualcosa per cui i medici non erano preparati, in 40 su 49 i medici non avevano ricevuto le informazioni necessarie, in 33 su 40 la criticità avrebbe potuto essere prevista. Non vi erano comunque differenze significative rispetto all'influenza di: carico di lavoro, numero di pazienti; numero di ammissioni durante il turno; trasferimenti alle cure intensive; copertura anche in altri reparti; conoscenza dei pazienti in carico.

Mardis e colleghi³⁰ hanno riscontrato in una indagine effettuata nel 2014 in 653 ospedali che il 51% dei 405.281 operatori rispondenti concordava con la affermazione “importanti informazioni sulla cura del paziente sono perse durante il cambio turno”. Una Joint Commission³¹ ha stimato che l'80% degli errori clinici gravi sono causati da una cattiva comunicazione al momento della consegna.

Sexton e colleghi (2004) hanno analizzato in un reparto di medicina le consegne infermieristiche scritte nello scambio tra tutti i turni di personale e hanno riscontrato che:

- l'84,6% delle informazioni fornite erano già incluse nella documentazione;
- il 9,5% delle informazioni non erano rilevanti per la cura/assistenza;
- il 5,9% dei contenuti che era rilevante per la cura o gestione della unità operativa non poteva essere riportato nella documentazione esistente.

Witherington, Pirzada e Avery (2008) hanno riscontrato nella loro indagine sui pazienti geriatrici che nel 54% dei soggetti rientrati in ospedale entro 28 giorni dalla dimissione vi erano state carenze nella comunicazione al momento della dimissione.

Coiera³² ha rilevato interruzioni e impegno in più compiti contemporaneamente (*multitasking*) nel 31% delle situazioni. Tra le cause di una consegna carente, Patterson e colleghi (2004) evidenziano nella indagine da loro effettuata i seguenti fattori:

- scarsa consapevolezza circa dati o problemi;
- insufficiente preparazione per gestire le conseguenze di problemi emersi in precedenza;
- incapacità di prevedere gli eventi futuri;
- scarsa preparazione per la gestione dei compiti assegnati.

Emerge un quadro in cui il processo della consegna clinica non è chiaramente definito, i sistemi informativi risultano carenti, le conoscenze insufficienti e vi è scarsa comprensione del contesto. Riesenbergh e colleghi (2010) rilevano inoltre problemi di lingua, **scritture illeggibili**, scarsa comunicazione e sostegno tra infermieri, condizionamento dovuto alla struttura gerarchica, scarsa comunicazione tra medici e infermieri.

Axley³³ ha segnalato aspetti importanti per la comprensione dei meccanismi legati alla consegna, ossia l'utilizzo nel linguaggio di **metafore, l'inserimento di pensieri e sentimenti** che impongono

all'ascoltatore di "ripulire" mentalmente il testo per coglierne il senso, la difficoltà di esprimere con parole il significato presente nelle menti delle persone.

Vanno inoltre considerati i **diversi stili di comunicazione**, le **interruzioni**, la **insufficiente standardizzazione** delle modalità e dei contenuti da trasmettere, la **carenza di informazioni**. Nel caso venga incluso nella consegna il paziente, va considerato il livello di **competenza linguistica sanitaria/health literacy**³⁴, ossia la capacità delle persone di ottenere, processare e comprendere le informazioni e i servizi necessari per assumere le decisioni appropriate riguardo alla propria salute³⁵ e vanno quindi utilizzate le tecniche "*teach back*" (ripeti, insegnami) e "*show me*" (mostrami).

La Joint Commission³¹ definisce lo scopo della consegna quello di fornire informazioni sulla cura del paziente, il trattamento e i servizi, le condizioni attuali e ogni cambiamento prevedibile. La comunicazione deve essere accurata per garantire la sicurezza del paziente.

Le *potenzialità* riconducibili alla consegna comunicativa sono quindi almeno le seguenti:

- condivisione delle informazioni;
- continuità della cura;
- protezione del paziente;
- apprendimento cooperativo;
- sviluppo della collaborazione nel gruppo;
- sostegno per i membri della équipe;
- esplicitazione di conoscenze ed esperienze e quindi formazione continua tra colleghi.

2.8.1 Contenuti e modalità

Le *informazioni trasmesse* attraverso la consegna possono riguardare:

- condizioni del paziente e cambiamenti avvenuti;
- trattamenti in corso e relative modificazioni;
- complicazioni che potrebbero subentrare;
- esigenze particolari del paziente e della famiglia.

Zach e altri (2001) suggeriscono di non trasmettere solo informazioni ma problemi, ipotesi e possibili conseguenze; Kihlgrhen e colleghi (1992) suggeriscono di fornire materiale scritto a sostegno dello scambio verbale, ricreato dalla équipe e quindi adattato al contesto, e di effettuare una verifica periodica delle consegne, ma anche di accertare la cultura della sicurezza.

2.8.2 Strumenti per un'efficace comunicazione nell'affido del paziente

Gli approcci messi a punto negli ultimi anni per migliorare questo passaggio di informazioni sono molteplici, anche se gli studi sulla efficacia delle diverse proposte sono ancora limitati.

Sulla base delle esperienze dei team di formula 1, Catchpole e colleghi (2010) sottolineano la necessità che vi siano:

- apprendimento proattivo con *briefing* e *checklist* per prevenire gli errori;
- una gestione attiva, con l'utilizzo anche di tecnologie per trasferire l'informazione;
- apprendimento dalla revisione dei dati memorizzati, in modo da migliorare continuamente il processo.

La Colorado Physician Insurance Company (COPIC) fornisce invece le seguenti indicazioni:

- creare una *checklist* specifica standardizzata per ogni tipo di consegna. Può includere: diagnosi principale, procedure recenti, terapia farmacologica, esami che devono essere fatti/risultati attesi;
- limitarsi alle informazioni importanti;
- preferibilmente comunicare con il collega anche di persona;
- limitare le interruzioni;

- evitare messaggi lunghi e accertarsi che tutte le persone che devono conoscere sappiano;
- adottare un unico stile di comunicazione in tutta l'istituzione;
- identificare possibili complicazioni e strategie “se/allora”;
- chiedere un “leggi di nuovo” per verificare che le informazioni siano state ricevute e comprese.

La informatizzazione risulta utile, come dimostrato da alcuni studi, tra cui quello di Motamedi e colleghi (2011), ma viene sottolineato come i sistemi informatizzati debbano essere progettati in modo da riflettere e sostenere la pratica³⁶ e da considerare gli aspetti cognitivi³².

Un aspetto che ha una applicazione molto diversa nelle varie realtà al momento attuale è quello del coinvolgimento del paziente. I vantaggi della consegna al letto del paziente che sono stati identificati sono i seguenti:

- personalizzazione;
- molteplicità e ricchezza delle informazioni;
- assistenza collaborativa;
- *empowerment* del paziente.

2.8.3 Strumenti per rendere l'affido più efficace

Le sperimentazioni e i protocolli elaborati a livello internazionale per rendere la consegna più efficace sono moltissimi, anche perché non vi può essere un'unica soluzione valida per tutte le situazioni, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo per la propria realtà; si riportano alcuni strumenti a livello esemplificativo.

Le 5 P

Questo approccio, sviluppato al Sentara Health Care nel 2008, esplicita le componenti della consegna condotta tradizionalmente:

- **I P:** Paziente (nome, età, sesso, sede);
- **II P:** Pianificazione (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi);
- **III P:** Scopo (razionale della cura);
- **IV P:** Problemi;
- **V P:** Precauzioni.

I PASS the BATON

L'approccio “*I pass the baton*” (passo il bastone, letteralmente si trattava di un bastone di plastica con le informazioni essenziali del paziente) è stato introdotto al Trinity Medical Center in Illinois (Runy, 2008) e prevede le seguenti fasi:

- **I** Presentazione: le persone coinvolte si presentano, ruolo e attività;
- **P** Paziente: nome, codice, età, sesso e sede;
- **A** Accertamento: principali disturbi, parametri vitali e diagnosi;
- **S** Situazione: quella attuale e circostanze, livelli di certezza e incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti;
- **S** Preoccupazione per la sicurezza: valori critici degli esami e altri dati clinici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta/problemi di rischio;
- **B** Background: comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica in atto e storia familiare;
- **A** Azioni: quelle intraprese o richieste e relativo breve razionale;
- **T** Tempi: livelli di urgenza e priorità delle azioni;

- **O** Riferimenti: chi è responsabile (infermiere/medico/team), comprese le responsabilità del paziente e dei familiari;
- **N** Da fare: cosa accadrà? cambiamenti previsti? qual è il piano?

SBAR

Questa tecnica, (Clark, 2009), centrata sui problemi e non sulle persone, fu utilizzata in origine per il passaggio di comando nei sottomarini nucleari, può essere utilizzata in tutti i servizi, compreso il rapporto tra il medico di medicina generale e il personale infermieristico a domicilio. Si presta alla comunicazione faccia a faccia, telefonica, scritta; sono infatti disponibili moltissimi moduli, nelle forme più diverse, dal modulo con i soli titoli, alla checklist. SBAR assicura che tutti abbiano le medesime aspettative, soprattutto nel caso di professioni diverse, ossia:

- che cosa sarà comunicato;
- come viene strutturata la comunicazione;
- quali sono gli elementi necessari.

I contenuti della comunicazione sono i seguenti:

- **situazione** - il problema;
- **background** - breve, mirato allo scopo;
- **assessment/accertamento** - informazioni pertinenti, oggettive e soggettive, cosa hai trovato, cosa pensi;
- **raccomandazioni** - che cosa vuoi che venga fatto.

Una esempio delle voci (Clark e colleghi, 2009) è il seguente:

Situazione

- riferisci: il tuo nome e unità operativa;
- chiamo per: nome del paziente, stanza;
- il problema: il motivo per cui chiamo è....

Background

- data e diagnosi di entrata;
- dati anamnestici essenziali;
- sintesi trattamento fino al momento attuale;
- drenaggi/cateteri.

Assessment/accertamento

- dati parametri vitali;
- stato mentale;
- dolore;
- cambiamenti neurologici.

Raccomandazioni

- esami?
- trasferire il paziente?
- cambiare trattamento?
- venire a vedere il paziente?
- parlare alla famiglia e al paziente su...?
- una consulenza?
- se viene proposto un cambiamento nella terapia chiedi: “con quale frequenza?”
- se non vi sono cambiamenti chiedi “quando devo richiamare?”.

La tecnica SBAR viene utilizzata anche per la effettuare una efficace richiesta di consulenza.

ISBAR e ISOBAR

Le tecniche ISBAR e ISOBAR si compongono delle seguenti fasi comunicative:

ISBAR

- **I** Introduzione
- **S** Situazione (problema attuale)
- **B** Background (breve, mirato)
- **A** Accertamento (che cosa hai trovato)
- **R** Raccomandazioni/richiesta

ISOBAR

- **I** Identificazione del paziente
- **S** Situazione e status
- **O** Osservazioni
- **B** Background e storia
- **A** Accertamento e azioni
- **R** Responsabilità e risk management

ISoBAR

ISoBAR (Porteous, 2009) è una variante della checklist ISOBAR, costruita valutando tutti gli strumenti utilizzati nelle unità operative, che comprende informazioni essenziali relativamente alle seguenti fasi:

- **I** (*Identify*) Presenta te stesso e il tuo paziente
- **S** (*Situation*) Perché stai chiamando? Descrivi brevemente il problema
- **o** (*ObservationS*) Parametri vitali e valutazione clinica
- **B** (*Background*): Informazioni pertinenti sul paziente
- **A** (*Agreed plan*): Che cosa deve accadere? Accertamento della situazione
- **R** (*Read back*): Fornisci chiarimenti e verifica che vi sia stata una comprensione corretta delle informazioni fornite

Hand me an ISOBAR

Una versione ancora diversa di ISOBAR è Hand me an ISOBAR (Yee e colleghi, 2009), un protocollo standardizzato, le cui fasi sono:

1. HAND preparati per la consegna:

- **H** Hey, è ora della consegna
- **A** Alloca il personale per la continuità della cura al paziente
- **N** Identifica coloro che devono partecipare, quando e dove
- **D** Documentazione

2. ME organizza la consegna:

- **M** Accertati che tutti siano presenti
- **E** Nomina un leader

3. AN assicurati che tutti siano consapevoli della situazione:

- **A** Allerta, attenzione e focalizzazione
- **N** Notifica

4. ISOBAR (fornisci i dati relativi al paziente):

- **I** Identificazione del paziente

- **S** Situazione e stato
- **O** Osservazioni sul paziente
- **B** Background e storia
- **A** Azioni, piano e responsabilità
- **R** Responsabilità e risk management

PVITAL

PVITAL è stato elaborato presso il Sydney South West Area Health Service. Questo approccio è utilizzato dagli infermieri al letto del paziente e si sviluppa con i seguenti contenuti:

- **P** Presenta il paziente con nome, età e problemi attuali
- **V** Parametri vitali (con eventuale documentazione)
- **I** Input/output - Bilancio dei liquidi
- **T** Trattamenti (effetti attesi) e diagnosi: frequenza e tipo di osservazioni da fare (piano)
- **A** Ammissione o dimissione (qual è il piano?)
- **L** Documentazione e relativa completezza/aspetti giuridici

ANTIC-ipate

ANTIC-ipate, diffuso dalla Agency for Quality & Research statunitense prevede i seguenti contenuti:

- dati amministrativi
- aggiornamento delle informazioni cliniche
- compiti da eseguire (spiegati chiaramente)
- gravità della patologia
- piano per eventuali situazioni di cambiamento del quadro clinico

PEDIATRIC

Arora e Johnson (2006) evidenziano l'esigenza di procedere in tre fasi nel progettare un sistema:

1. definire il processo standardizzato per la consegna utilizzando una metodologia di mappatura dei processi;
2. creare una *checklist* dei concetti critici relativamente al paziente;
3. pianificare le azioni da intraprendere per la disseminazione e la formazione.

Le autrici hanno proposto una *checklist* per la pediatria, detta PEDIATRIC, i cui contenuti comprendono:

- **P** Problemi
- **E** Compiti che ci si aspetta vengano eseguiti
- **D** Diagnosi
- **I** (*If*) Se/allora
- **A** Dati amministrativi/direttive avanzate
- **T** Terapie
- **R** Risultati e altri fatti importanti
- **I** Strumenti invasivi
- **C** Custodia e consenso.

POP

Nagpal e colleghi (2010) hanno messo a punto e validato un protocollo postoperatorio per l'affido del paziente (*Postoperative handover protocol* - POP), con i seguenti contenuti:

Informazioni relative al paziente

1. Dettagli sul paziente
2. Anamnesi medica
3. Allergie
4. Nome della procedura
5. Situazione attuale del paziente

Informazioni sull'anestesia

6. Tipo
7. Decorso intraoperatorio e complicazioni
8. Problemi previsti nel post operatorio, in particolare emorragie, dolore, problemi alle vie aeree
9. Monitoraggio e parametri fisiologici
10. Piano per l'analgesia
11. Piano per le fleboclisi
12. Contatti in caso di problemi

Informazioni chirurgiche

13. Decorso intraoperatorio e complicanze
14. Emorragie
15. Piano per gli antibiotici
16. Piano dei farmaci
17. Profilassi della trombosi
18. Piano per tubi e drenaggi
19. Sondini e nutrizione parenterale
20. Esami post operatori
21. Contatti per emergenze

REED

Il modello REED (**R** Record; **E** Evidence, **E** Enquire; **D** Discuss). Prevede che la documentazione sia in un unico raccoglitore, di leggerla verificando le evidenze, di raccogliere i dati direttamente dal paziente e di verificarli attraverso il confronto con l'infermiere uscente³⁷;

ISHAPED

ISHAPED è una modalità specifica per la consegna al letto del paziente, progettata per mantenere il paziente al centro del processo, pur garantendo la sicurezza. ISHAPED è l'acronimo di **I**ntroduce, **S**tory (anamnesi), **H**istory (cronologia), **A**ssessment, **P**lan, **E**rror prevention and **D**ialogue. Il paziente ha la possibilità di chiedere informazioni e fornire un feedback. Durante la consegna l'infermiere scrive le informazioni su una scheda bianca a cui anche il paziente potrà in seguito fare riferimento³⁸.

La Australian Commission Quality and Safety Healthcare propone di affrontare tale percorso utilizzando l'approccio OSSIE, ossia assicurare:

- **O** Leadership della Organizzazione
- **S** Soluzioni semplici
- **S** Coinvolgimento degli *stakeholder*
- **I** Implementazione
- **E** Valutazione e mantenimento

Dagli studi pre/post intervento³⁹⁻⁴¹ emerge che le strategie dovrebbero: dedicare un intervallo di tempo all'affido comunicativo, definire gli elementi informativi da trasmettere e standardizzare la

modalità di trasmissione adattandole alla realtà locale, includere le previsioni sulla base delle condizioni e della gravità del paziente; creare fiducia reciproca con il dialogo e un onesto scambio di informazioni, dove viene tolta ogni gerarchia in modo da porre domande senza imbarazzo.

Il cambiamento delle modalità di consegna non è comunque facile, come sottolineano (Kassean e Jagoo, 2005) nella descrizione della loro esperienza: “il concetto '*no pain, no gain*' (senza dolore non c'è crescita) è stato molto evidente durante tutto il processo di cambiamento”, va quindi progettato con accuratezza coinvolgendo tutti gli *stakeholder*.

2.9 Comunicazione e conflitto

Gli studi dimostrano che la comunicazione contribuisce a prevenire e quindi a diminuire l'incidenza dei conflitti distruttivi. Spesso, infatti, le cause dei conflitti vanno ricondotte a: diversa opinione sulle priorità, che talvolta non viene esplicitata e discussa, soprattutto tra figure diverse e in particolare medico e infermiere, mancata o insufficiente chiarezza di ruoli e responsabilità, comportamenti di mancato rispetto, per esempio rimprovero o ammonizione in pubblico, con discredito del collega, modalità diverse di lavoro e mancata adesione a protocolli condivisi, senza spiegarne le motivazioni. Quando le situazioni persistono e sono particolarmente critiche possono portare anche a comportamenti di aggressione e violenza (si veda a questo proposito il relativo capitolo nel Manuale del Ministero alla Salute sul Governo clinico – La gestione del rischio clinico).

Nelle situazioni di conflitto la comunicazione diventa lo strumento per far confrontare le parti e va gestita favorendo l'ascolto e l'empatia.

La mediazione trasformativa, utilizzata anche nel nostro Paese per risolvere i conflitti in via extragiudiziale, riporta l'attenzione dei contendenti su “l'espressione del dolore, dell'amarezza, della rabbia e degli altri aspetti emotivi e cognitivi che lo attraversano”. Sembra utile mutuare questo anche nelle situazioni organizzative e tenere conto che quelle che interagiscono nel conflitto sono persone e non tanto e solo ruoli professionali. Nell'affrontare i conflitti non trascurare di: creare un contesto adeguato (sede, tempi, persone presenti), ricostruire i fatti (utilizzando se del caso un diagramma del tempo), far esprimere le parti considerando tutto ciò che dicono, identificare gli stili di gestione del conflitto dei contendenti (soluzione dei problemi, compromesso, elusione, accomodamento, competizione), condurre la discussione e valutare se è possibile trovare una soluzione oppure è necessario avviare una vera e propria negoziazione.

3. Strumenti per la comunicazione nel gruppo di lavoro

In questo capitolo vengono illustrati gli strumenti comunicativi più spesso impiegati nelle unità operative, naturalmente il lettore ne troverà molti altri a disposizione in letteratura, a cui in situazioni specifiche potrà fare riferimento.

Una premessa importante riguarda l'ormai consolidata prassi a livello internazionale e nazionale nelle organizzazioni, ma anche nelle pubbliche amministrazioni, di utilizzare il “*plain language*”, ossia il linguaggio funzionale, semplice, diretto, caratterizzato da frasi semplici, in forma attiva, dirette, senza circonlocuzioni, per facilitare l'immediata comprensione da parte di chi ascolta.

Vanno inoltre sempre tenuti in considerazione il principio di cooperazione e le quattro massime della conversazione di Grice⁴².

Il **principio di cooperazione** recita:

- la conversazione è un'attività sociale regolata, basata sul principio di cooperazione e uno scopo comune;
- *conforma il tuo contributo conversazionale a quanto è richiesto, nel momento in cui avviene, dall'intento comune accettato o dalla direzione dello scambio verbale in cui sei impegnato*

Presupposto: condivisione di uno scopo

Le quattro **massime** sono le seguenti:

- massima di **quantità**: dai un contributo che soddisfi la richiesta d'informazioni in modo adeguato agli scopi;
- massima di **qualità**: cerca di fornire un contributo vero, in particolare non dire ciò che credi falso e non dire ciò per cui non hai prove adeguate;
- massima di **relazione**: sii pertinente;
- massima di **modo**: sii perspicuo; in particolare evita espressioni oscure; evita le ambiguità; sii breve; sii ordinato nell'esposizione.

Per quanto riguarda la comunicazione scritta va valutato accuratamente quando utilizzare **abbreviazioni** e **acronimi**, in quanto possono avere significati diversi nelle unità operative e comportare quindi un rischio di errore nella comprensione e interpretazione.

Si suggerisce inoltre di limitare l'utilizzo di termini stranieri e, se viene fatto, di accompagnarli con la traduzione.

Ogni modulo deve inoltre essere accompagnato dalla **legenda** (e se necessario dal glossario), in modo da garantire sempre la comprensione delle modalità di compilazione anche ai nuovi operatori inseriti.

Sembra importante richiamare l'esigenza di non trascurare nessuno degli elementi della comunicazione, esplicitati da Schulz von Thun⁴³ e soprattutto non dimenticare l'appello per evitare di incorrere in delusioni circa le proprie aspettative:

- **Contenuto**: *su che cosa verte il mio messaggio?*
- **La rivelazione di sé**: *Che cosa comunico di me stesso?*
- **Relazione**: *che cosa penso di te e come ci consideriamo l'un l'altro?*
- **Appello**: *che cosa vorrei indurti a fare?* Esplicitare la richiesta.

Prestare attenzione a non utilizzare **modalità di disconferma e squalifica della comunicazione** (Adler e Towne, 1990), quali:

- **risposte impenetrabili** - rifiutarsi di rispondere a una persona in una conversazione faccia a faccia, non rispondere a una lettera, non richiamare una persona al telefono;
- **risposte di interruzione** - cominciare a parlare prima che l'altro abbia finito, dimostrare assenza di interesse per quanto sta dicendo;

- **risposte irrilevanti** - risposte non collegate a quanto qualcuno ha appena detto;
- **risposte tangenziali** - non si ignora la proposta del parlante ma la si utilizza come punto di partenza per introdurre un argomento completamente diverso;
- **risposte ambigue** - contengono messaggi con molteplici significati, l'interlocutore non sa bene che cosa l'altro pensi;
- **risposte incongruenti** - contengono due messaggi, uno dei quali (quello non verbale) è in contraddizione con l'altro.

Per quanto riguarda la comunicazione “di persona” porsi sempre il quesito circa le aspettative e le competenze (anche linguistica e di calcolo) della persona di fronte a noi. L'utilizzo di domande appropriate può aiutare a creare transazioni comunicative efficaci. Fondamentale è inoltre l'**ascolto attivo**:

- **rispecchiare** - ripetere frasi o parole dette dall'altro;
- **parafrasare** - riformulare il concetto espresso dall'altro;
- **esplicitare ciò che è sottinteso** - esprimere il significato implicito del messaggio trasmesso dall'altro;
- **chiarificare** - chiedere conferma del messaggio ricevuto;
- **focalizzarsi** - riportare il discorso sull'argomento che si ritiene importante per la persona per consentirle di chiarire ulteriormente;
- **riassumere** - riassumere gli aspetti più importanti emersi nel colloquio (alla fine).
- **ricevere e fornire consapevolmente feedback** - costruttivo, non distruttivo, descrittivo: fatti, non giudizi, adeguato, chiaro e preciso, tempestivo.

Prestare attenzione alla **comunicazione non verbale**, che deve essere strettamente legata al contesto e ai nostri interlocutori (i segni utilizzati possono avere significati diversi nei vari paesi), essa è infatti influenzata da fattori culturali e utilizza canali autonomi e ben definiti.

Considerare tutti gli elementi (già appresi in altre parti del corso):

- comportamento spaziale (prossemica);
- comportamento motorio/gestuale (cinesica);
- comportamento del volto (mimica);
- aspetti non verbali della parola;
- aspetto esteriore.

Ricordare sempre che ciascuno percepisce in modo diverso e che sta a noi creare le condizioni per facilitare la efficacia comunicativa con il collega e nel gruppo di lavoro. A tal fine è molto importante che noi siamo consapevoli dei significati che diamo alla comunicazione in quel momento e che le nostre emozioni condizionano le nostre risposte.

Per quanto riguarda la comunicazione attraverso la tecnologia, via *intranet* e *Internet* (soprattutto per le comunità di pratica) si suggerisce di prestare attenzione alle funzioni di “completamento” che possono produrre termini non corrispondenti alle reali intenzioni. Vanno inoltre concordate le regole (*netiquette*) all'interno del gruppo, in modo da evitare fraintendimenti.

Gli strumenti proposti riguardano sia la comunicazione scritta sia quella orale, di persona o attraverso strumenti tecnologici, specifica e generale. Nella scelta dello strumento vanno sempre tenuti in considerazione:

- **chi** comunica e chi gestisce tale processo;
- lo **scopo del messaggio** - quali azioni/comportamenti mi aspetto dal destinatario/dai destinatari a seguito della comunicazione? si tratta di una azione singola o si trova in una sequenza di messaggi e azioni richieste? la reazione e/o l'impatto dovranno essere a breve o a lungo termine? - e le sue **caratteristiche** - positività o negatività per il destinatario, implicazioni che comporta per il destinatario, il gruppo, l'organizzazione;

- le **caratteristiche del destinatario** del messaggio: una o più persone, ruolo, età, genere, esperienze precedenti relativamente al contenuto del messaggio, aspettative, relazione con chi comunica. Se si tratta del gruppo di lavoro o comunque più persone può essere importante la relazione tra loro;
- il **contesto** (ambiente fisico e sociale): aspetti favorevoli e barriere;
- il **momento** in cui la comunicazione avviene, considerando gli antecedenti e il tempo a disposizione;
- le **risorse** a disposizione: persone, sussidi e loro caratteristiche (per esempio tecnologia);
- il criterio **costo-efficacia**.

Va ricordato che in ogni approccio va innanzi tutto creato il “**clima**”, e per questo è necessario salutare la persona (le persone) dando la mano e guardandola negli occhi. Si tratta di riconoscere la persona e le sue esigenze e di porre le basi per un rapporto onesto ed empatico. Mettersi sempre allo stesso livello dell’altro: seduti o in piedi.

Di seguito vengono presentati alcuni strumenti comunicativi utili nel gruppo di lavoro.

3.1 Colloquio

Il colloquio viene utilizzato in moltissime situazioni nel gruppo di lavoro: nelle fasi di accoglienza del nuovo inserito, per la discussione delle condizioni dei pazienti, per la condivisione di situazioni critiche tra colleghi, con il coordinatore, con il direttore, nella discussione del bilancio di competenze, nella valutazione, nella richiesta di trasferimento, con i colleghi delle altre unità per i trasferimenti, eccetera.

Le fasi del colloquio possono essere così riassunte:

Progettazione

- definire gli obiettivi del colloquio;
- identificare il destinatario;
- effettuare una istruttoria (se necessaria);
- organizzare i contenuti del colloquio con riferimento agli obiettivi;
- preparare eventuali subordinate nel caso subentrassero problemi durante il colloquio.

Preparazione

- convocazione;
- predisposizione dell’ambiente.

Apertura del colloquio

- esplicitare l’obiettivo del colloquio;
- chiedere le aspettative, i problemi, le difficoltà.

Gestione

- attenzione a sé e all’altro;
- prestare attenzione ai meccanismi di percezione e comprensione;
- correttezza;
- adeguatezza del codice;
- verifica della comprensione del messaggio;
- congruenza:

- contenuto/relazione

- verbale/non verbale

- usare consapevolmente il non verbale (tono della voce, posizione del corpo, sguardo) ed osservare il non verbale;
- evitare commenti e sottolineature (esempio: “davvero?!”), reazioni conflittuali, false rassicurazioni, opinioni non richieste;

- non assumere che le cose stiano in un certo modo, ma far esprimere l'altro in modo da essere certi delle sue opinioni e richieste;
- dire di no in modo appropriato ad aspettative e auspici non realistici;
- rispettare l'eventuale "silenzio", infatti la persona ha bisogno di recepire, interpretare, prefigurare le varie alternative, rispondere;

Conclusione

- ripercorre quanto sviluppato;
- riassumere le conclusioni e le azioni concordate.

Per un colloquio efficace:

- riconoscere l'altro e se stessi come persone;
- avere come riferimento la deontologia professionale;
- avere chiaro l'obiettivo del colloquio;
- riferirsi a fatti, comportamenti;
- se necessario, esplicitare le proprie emozioni;
- rimanere aderenti al tema;
- usare un linguaggio concreto, chiaro;
- considerare le condizioni d'influenza sull'andamento del colloquio e sul contenuto affrontato;
- permettere la riflessione e il silenzio;
- orientare al risultato, avendo chiaro che cosa potrà succedere dopo e in che condizioni le persone si potrebbero trovare (ciò consente di tarare il colloquio e aiutare).

3.2 Riunione

La riunione è uno strumento utilizzato in molte occasioni e modalità, per esempio per:

- la discussione del caso clinico o per impartire istruzioni relative allo stesso (è entrato anche nel nostro contesto il termine "**briefing**" e "*de-briefing*", quest'ultimo relativo a una riunione da svolgere a conclusione di una attività);
- la comunicazione delle priorità da considerare per la sicurezza dei pazienti al cambio turno (*briefing* per la sicurezza dei pazienti, di norma molto breve);
- la organizzazione del lavoro;
- la discussione e l'analisi di un evento avverso/quasi evento;
- l'aggiornamento.

La riunione è uno strumento fondamentale in una organizzazione perché i membri si confrontano e si riconoscono, imparando a valorizzarsi costruiscono il gruppo e sviluppano il senso di appartenenza e un comune "*mind setting*", definito come le conoscenze organizzate condivise dai membri del team che "... consentono a ognuno di mettere in pratica il proprio ruolo in modo tempestivo e condiviso, per funzionare come una unità integrata con minima necessità di negoziare che cosa deve essere fatto e quando"⁴⁴.

La riunione si caratterizza per la possibilità data a tutti i partecipanti di fornire il proprio contributo (punto di vista, analisi, proposta), se invece ciò non viene reso possibile e ci si limita a fornire informazioni, è preferibile inviare al personale una nota informativa. La riunione è un bene prezioso perché richiede tempo di preparazione (da parte di tutti) e partecipazione (impegno intellettuale ed emotivo); costituisce un costo per l'azienda sanitaria e va quindi utilizzata in modo efficace.

Se la riunione prevede la partecipazione di molte persone e si configura piuttosto come assemblea, possono essere adottate particolari modalità di coinvolgimento, tra cui per esempio la valanga, ossia le persone discutono con la persona accanto, poi si confrontano con un'altra coppia, e quindi il

gruppo di quattro con un altro gruppo di quattro, e il gruppo di otto propone infine una propria analisi o proposta già discussa e concordata.

Nel caso delle riunioni di discussione sul caso, per assicurare efficacia ed efficienza può essere utile disporre di una struttura per la discussione e di una istruttoria organizzata dei dati; ciò consentirebbe anche la gestione del rischio clinico perché gli elementi importanti verrebbero considerati e l'attenzione verrebbe direttamente focalizzata su di essi.

Per quanto riguarda le riunioni “**organizzative**”, sono rilevanti soprattutto per il coinvolgimento del personale che dovrà implementare le innovazioni, o comunque le decisioni assunte, perché:

- può fornire il proprio contributo rispetto alla valutazione delle esigenze, identificare i vantaggi, gli elementi di facilitazione e i potenziali ostacoli;
- può concorrere alla decisione circa le modalità di introduzione e adozione del cambiamento. Se le persone sono partecipi in tutte le fasi sono più disponibili a sperimentare un cambiamento/una innovazione.

Le attività da svolgere per la riunione sono le seguenti:

Progettazione

- definire gli obiettivi della riunione;
- identificare i partecipanti;
- effettuare una istruttoria (se necessaria) rispetto ai problemi e agli obiettivi da affrontare;
- scegliere i contenuti e organizzare la sequenza;
- preparare eventuali subordinate nel caso subentrassero problemi durante il colloquio;
- progettare le modalità di conduzione e gli strumenti da utilizzare.

Preparazione

- convocazione dei partecipanti
 - possibilmente 20 giorni prima, in modo che le persone possano organizzare i loro impegni
 - chiedere al personale se ci sono aspetti che desiderano porre in discussione, in modo che possano essere messi all'ordine del giorno (evitare di includere “varie ed eventuali” perché su aspetti non comunicati le persone non si possono preparare)
 - con lettera di invito personale se possibile
 - i contenuti della lettera di invito dovrebbero essere:
 - promotore della riunione
 - obiettivi della riunione (esplicitati in termini di prodotti da conseguire al termine della riunione) e conseguenti argomenti in discussione
 - ora di inizio e fine
 - sede
 - partecipanti
 - eventuali riferimenti (norme, documenti e/o relative fonti informative) importanti per consentire alle persone di prepararsi
 - persona di riferimento a cui chiedere chiarimenti nel caso in cui vi fossero materiali da consultare, fornire indicazioni per il loro reperimento
 - predisporre eventuali schemi per la conduzione della discussione, proposti su lavagna o su computer. Tali schemi vanno elaborati con riferimento allo specifico obiettivo.

Due esempi sono riportati nel seguito:

Esempio 1

Obiettivo Adozione di uno schema per la richiesta di consulenza alle altre unità operative

a) Individuazione dei problemi connessi alla richiesta di consulenza

- *Brainstorming* sui problemi

- a ciascun partecipante vengono forniti 2 *post it*
- su ciascuno di essi i partecipanti scrivono un problema connesso alle attuali modalità della richiesta di consulenza
- Diagramma delle affinità
 - ciascun partecipante appone i suoi *post it* su una lavagna, nel seguente modo:
 - se il problema è già stato individuato da un collega, apporlo sopra di esso
 - se il problema appartiene alla stessa categoria metterlo vicino, in modo che possano essere identificate delle categorie di problemi
 - organizzare i problemi identificati in un elenco ordinato
 - discutere dei problemi scrivendo quanto emerge su una lavagna a fogli (o computer con schermo proiettato a parete in modo che tutti possano seguire)

Problema	Rilevanza/gravità	Fattibilità della risoluzione	Vantaggi della soluzione	Ostacoli alla soluzione	Note
1					
2					
3					

- Gruppo nominale

A seguito della analisi può essere fatta la graduatoria dei problemi da affrontare secondo priorità. Le priorità vengono stabilite facendo indicare su un foglio a ciascun partecipante la propria graduatoria dei primi 3 problemi da affrontare.

Successivamente raccogliere tutti i fogli e fare le frequenze scelte. Ogni volta che un problema è stato scelto come prioritario acquisisce 3 punti, quando è la seconda scelta 2 punti e quando è la terza scelta un punto. Sommando i totali per ciascun problema si perviene a una graduatoria di problemi, rispetto a cui possono essere proposte delle soluzioni, facendo riferimento alla letteratura o alla esperienza dei partecipanti (in tal caso può essere utilizzata la stessa metodologia).

b) Valutazione di schemi alternativi disponibili in letteratura

Scheda richiesta di consulenza	Caratteristiche	Ambiti di utilizzo	Vincoli dello schema	Vantaggi	Svantaggi	Fattibilità
A						
B						
C						

- Predisposizione dell'ambiente in cui viene effettuata la riunione
 - lavagna a fogli per gestire la riunione. I contenuti annotati costituiranno anche il verbale. Alla fine della riunione, se è necessario, far firmare i fogli, fotografarli e condividerli con i partecipanti alla riunione.

Conduzione

- Iniziare all'ora stabilita e non ricominciare quando arrivano i ritardatari, così facendo si rispettano le persone che sono giunte in orario, si dimostra l'importanza del tempo a disposizione e non si sprecano risorse (costo del personale per mancato lavoro mentre aspetta che i colleghi arrivino);
- creare il clima: presentare i partecipanti;
- richiamare l'obiettivo e gli argomenti;

- esplicitare le regole di partecipazione;
- facilitare la discussione;
- favorire l'ascolto e la partecipazione;
- sintetizzare e richiamare i punti condivisi e le decisioni assunte;
- utilizza uno schema appropriato per ciascun tema;
- gestire il tempo;
- gestire i "personaggi";
- fare il verbale sulla lavagna a fogli.

Conclusione

- Chiudere recuperando decisioni e azioni da svolgere e relativi tempi e responsabilità;
- concordare il cronogramma dei risultati da conseguire.

Dopo

- Follow up: lettera di ringraziamento, verbale, strumenti;
- verifica, alle scadenze, dei risultati conseguiti delle attività concordate nella riunione.

Le **riunioni a seguito di un evento avverso** possono riguardare:

- l'analisi dell'evento al fine di determinare le cause e i fattori contribuenti, in modo da poter elaborare il progetto di miglioramento. Fondamentale per l'efficacia della riunione è la completezza dell'istruttoria secondo una metodologia rigorosa, quale la Root Cause Analysis (vedi Manuale del Ministero alla Salute);
- le implicazioni dell'evento avverso per l'organizzazione, e in particolare la seconda vittima, ossia l'operatore. E' necessario condividere quanto accaduto e attivare un piano di sostegno alla seconda vittima nella unità operativa⁴⁵. La riunione dovrebbe avere luogo prima possibile per poter comprendere e concordare le modalità operative e le azioni protettive da adottare. Essendo la riunione particolarmente delicata, è importante che venga scelto un conduttore in grado di gestire in modo empatico anche eventuali situazioni critiche.

3.2.1 Le riunioni di aggiornamento

Le riunioni di aggiornamento debbono essere progettate e condotte a partire dai fabbisogni formativi individuati e dai relativi obiettivi formativi posti. Lo scopo è quindi quello di incrementare le competenze dei partecipanti.

Il materiale documentale e di letteratura va scelto con riferimento agli obiettivi formativi e organizzato in modo da conseguire gli stessi. Anche la discussione va condotta in modo coerente. I test prima e dopo possono costituire un utile strumento per stimolare e rinforzare l'assimilazione dei nuovi contenuti.

3.3 Strumenti scritti

3.3.1 Lettera

La lettera, che dovrebbe essere personalizzata, deve contenere indicazioni relative a:

- mittente;
- destinatario: tarare la richiesta e linguaggio;
- obiettivo, che deve essere chiaro e inequivocabile;
- premesse essenziali con eventuali allegati o indicazione di fonti informative;
- la richiesta relativa al messaggio di risposta che ci si aspetta di ottenere;
- tempi della azione che ci si aspetta venga realizzata;
- indicazione dei termini entro cui ci si aspetta una risposta;
- ringraziamento per l'attenzione o la collaborazione;

- saluti;
- firma.

Si suggerisce di scegliere un carattere di stampa semplice e chiaro e comunque coerente con il messaggio che si sta inviando.

3.3.2 *Bollettino*

Il bollettino è estremamente utile in una organizzazione complessa quale quella sanitaria perché consente di informare costantemente tutti i membri circa la vita della unità operativa/dipartimento, per esempio per quanto riguarda accadimenti, eventi, innovazioni, progetti, nuove conoscenze, nuovi membri, contatti.

Il bollettino online è semplice, richiede una persona che aggiorni le notizie, e soprattutto il contributo di tutti gli operatori per fornire i contenuti.

Vanno esplicitati nel bollettino almeno: promotori, destinatari, scopi, tipologia di contenuti, regole per la proposta e scrittura dei contenuti, scadenze, scelta e modalità di pubblicazione delle immagini, proprietà delle notizie e privacy.

I quesiti che ci si deve porre nel predisporre il bollettino sono i seguenti:

- quali sono i messaggi che si vuole veicolare e a chi?
- come si vuole portare a conoscenza dei destinatari tale messaggio (azioni che ci si aspetta vengano intraprese, emozioni suscitate...)?
- come può reagire e/o contribuire il lettore ai contenuti così proposti?

Vanno studiate la sequenza dei contenuti e la grafica:

- fotografie: credibili, realistiche
- con nome o spiegazione
- evitare di scrivere tutto maiuscolo (è imperativo)
- presenza di sezioni (diverse ma fluide).

3.3.3 *Internet*

Il nuovo canale di comunicazione che ha travolto la vita e i rapporti tra le persone ha avuto e ha un grande impatto sulle organizzazioni sanitarie. Innanzi tutto ha trasferito alla portata di tutti la “conoscenza”, infatti le fonti di letteratura sono a disposizione di tutti (anche delle persone pazienti), quindi il confronto con la prospettiva del confronto e del cambiamento è molto più vicino a ciascuno, comportando, soprattutto per chi non è stato abituato a questo dall’inizio della propria carriera, una rivoluzione. Ha inoltre reso quasi nulli i tempi di informazione e soprattutto quelli relativi alla attesa di una risposta, trasformando così il lavoro e i rapporti tra le persone (ricevo una comunicazione e chi me la ha inviata si aspetta subito la risposta), facilitando la comunicazione, proponendo nuove regole di scrittura (*netiquette*), ma ha anche trasformato i rischi di incomprensione (per esempio: attenzione alle parole che si autocompletano, scrivere tutto in maiuscolo è imperativo e può irritare).

Tra i vantaggi si annoverano:

- rapidità, praticità, libertà di fruizione;
- informazione vasta, estesa a ogni campo di interesse;
- possibilità di una consultazione mirata sulle specifiche richieste;
- interattività, valore aggiunto di democraticità, trasparenza, credibilità.

Se è fondamentale mettere sul sito aziendale un **deposito con le informazioni disponibili** per la propria utenza e per il pubblico in generale (linee guida, depliant per i pazienti, anche specifici sulla

sicurezza del paziente), altrettanto importante è mettere a disposizione in intranet un analogo deposito con materiale normativo e documentale per il personale.

Può essere utile anche:

- mettere sul sito intranet un **questionario online** rivolto al personale sulla qualità percepita, sui rapporti tra operatori e con l'utenza, sulle problematiche organizzative, in modo da “dare voce” agli operatori in modo costante;
- organizzare un servizio di consulenza online per l'utenza e per gli operatori (e non solo le seconde vittime);
- costituire una comunità virtuale di pratica per la reciproca consulenza e per affrontare insieme le situazioni che si presentano.

I **cartelloni** che illustrano percorsi e processi, appesi alle pareti, possono essere utili come richiamo alla memoria, tuttavia, in relazione ai processi di adattamento, è necessario dopo qualche mese, collocarli in una diversa posizione.

Non viene affrontato in questa sede il delicato approccio con i **social network**, importante soprattutto per quanto riguarda i rapporti con la persona paziente e in generale i cittadini.

3.4 Raccolta di pareri e opinioni

Nelle unità operative, ma soprattutto nei dipartimenti e nelle strutture è necessario sempre di più utilizzare metodologie per la raccolta di pareri e opinioni e pervenire a decisioni condivise. Nel seguito vengono proposte due metodologie sempre più utilizzate, il focus group e il metodo delphi.

3.4.1 Il focus group

Che cos'è

Metodo strutturato di indagine qualitativa di un problema sviluppato nell'ambito delle scienze sociali. È un tipo di intervista “multipla” e si basa sull'assunto che l'interazione di gruppo favorisce l'emergere di informazioni originali. Discutendo con gli altri, infatti, le persone ricordano, elaborano e si esprimono circa un determinato argomento.

A che cosa serve

Può avere diverse finalità a seconda del modo e del momento in cui viene utilizzato.

Come unico metodo è utile per:

- esplorare in profondità un certo argomento;
- analizzare un fenomeno nuovo, raro, problemi complessi.

Come metodo ausiliario/di supporto ad altri metodi o tecniche si usa:

- **prima**, per verificare l'**adeguatezza** della stessa, per la messa a punto dello strumento (per esempio un questionario)
- **dopo**, per commentare e comprendere i risultati e/o individuare come procedere.

Come si fa

Contesto

1. Prevede una seduta di discussione in un piccolo gruppo (dalle 6 alle 12 unità) costituito da persone che hanno caratteristiche comuni/affini
2. La discussione è coordinata da un moderatore che introduce l'argomento e aiuta il gruppo a sviluppare la discussione (ma non è un'intervista di gruppo, in cui una persona intervista e le altre forniscono risposte individuali)
3. È importante la predisposizione di un clima positivo che faciliti l'emergere delle esperienze dei partecipanti e le loro differenti posizioni rispetto alla problematica in oggetto
4. Ha una durata ottimale che si aggira intorno ad un'ora e mezza, due ore

5. Prevede la registrazione (scritta o su nastro) dei contenuti previa richiesta di consenso dei partecipanti.

Progettazione

1. Definire:

- gli obiettivi;
- i criteri di scelta dei partecipanti e del moderatore;
- la procedura di reclutamento degli invitati.

2. Elaborare:

- la guida per l'intervista e le domande;
- la lettera di invito.

3. Determinare:

- la composizione e la dimensione del gruppo;
- il numero dei gruppi (uno o più).

4. Scegliere il moderatore

- valutare opportunità di prendere un moderatore esterno;
- istruire il moderatore su argomenti e obiettivi;
- dare direttive in modo che il moderatore eviti di influenzare.

5. Predisporre la guida per l'intervista

6. Identificare i tempi, la loro distribuzione e il numero indicativo di domande.

Numero partecipanti	Domande	Durata (minuti)	Minuti per persona per domanda
6	8	120	2,5
8	10	90	1,1
10	12	60	0,5

Conduzione (le fasi)

1. Introduzione:

- presentare i partecipanti;
- chiarire i ruoli di base;
- esplicitare gli obiettivi e i contenuti dell'incontro;
- spiegare le modalità di lavoro.

2. Riscaldamento:

- partire con domande a basso rischio;
- fare il quadro d'insieme.

3. Approfondimento:

- focus su argomenti critici;
- procedere dal concreto all'astratto;
- usare domande aperte per approfondire l'analisi.

4. Chiusura:

- determinare la posizione del gruppo circa l'argomento;
- riassumere per chiarezza;

- dare eventuali informazioni aggiuntive;
- ringraziare.

Conduzione (il moderatore)

1. Responsabilità e ruolo:

- organizzare la conduzione;
- riscaldare l'atmosfera e creare un clima di collaborazione;
- stabilire i ruoli nel gruppo;
- condurre la discussione;
- gestire le dinamiche di gruppo.

2. Caratteristiche:

- adatto alle caratteristiche demografiche del gruppo;
- non influenzabile da pregiudizi e da risultati desiderati;
- neutralità;
- abilità di ascolto;
- empatia;
- intelligenza;
- percezione.

Conduzione (regole e strategie)

1. Che cosa fare

- essere sicuri che le domande siano facilmente comprensibili per i membri del gruppo;
- usare un linguaggio semplice non equivoco;
- essere sicuri che il significato delle parole sia chiaro;
- essere concisi.

2. Che cosa evitare

- domande che inducano una determinata risposta;
- porre i problemi in modo che le persone si possano sentire a disagio o colpevolizzate circa i propri comportamenti o idee;
- formulare giudizi su quanto viene espresso;
- dividere ogni quesito in varie parti;
- la doppia negazione;
- formulare le domande con troppi perché: può creare resistenze o indurre risposte istintive o affrettate.

Vantaggi e potenzialità

- Produce molte informazioni in modo veloce e con minor costi dell'intervista individuale
- Eccellente per acquisire informazioni anche da gruppi con basso livello culturale
- Se i quesiti sono posti in modo flessibile, si ottengono più informazioni di un questionario strutturato
- Il ricercatore può essere presente
- È ben accetto dal gruppo perché riesce a liberare le resistenze

Limiti/problemi

- Esiste un effetto alone che può determinare l'omogeneizzazione (e conseguente appiattimento) delle risposte dei partecipanti

- Vi può essere forzatura delle risposte da parte di un moderatore non preparato/inesperto
- I risultati non possono essere estesi a tutta una comunità allargata
- Richiede competenze specifiche per l'analisi dei contenuti
- Non consente di documentare precisi comportamenti e pratiche.

3.4.2 La metodologia Delphi

Finalità

- Raccogliere in ciascuna fase della predisposizione di un nuovo progetto, strumento, documento il contributo degli *stakeholder*, in modo da costruirlo subito il più completo e appropriato possibile
- Coinvolgere gli operatori per il miglioramento della qualità e la gestione del rischio clinico, in modo da utilizzare la competenza di ciascuno

La metodologia delphi consiste nel proporre un questionario progressivamente più strutturato in fasi successive per la raccolta di opinioni e pareri su specifici argomenti a un gruppo di interlocutori che possono essere testimoni privilegiati o esperti. ⁴⁶⁻⁴⁸

Nella **prima fase** si propone una domanda aperta generale ai partecipanti e si raccolgono le risposte. Possono essere posti uno o più quesiti su un progetto, un protocollo, una procedura, un documento.

Le risposte possono essere raccolte via email da parte di ciascuno, oppure può essere inserito un documento su un supporto informatico e i rispondenti forniscono le loro risposte, possono indicare riferimenti bibliografici o fornire indicazioni e strumenti.

Le risposte vengono quindi sistematizzate. In particolare, possono essere messe in luce le divergenze o contrapposizioni.

Nella **seconda fase** il questionario viene riproposto agli stessi partecipanti, a cui si chiede di esprimersi rispetto ai quesiti posti, spiegando i loro pareri e opinioni.

Le risposte vengono raccolte e sistematizzate, in modo da creare quesiti a scelta binaria o multipla. Ciò consente di pervenire a decisioni sostenute da conoscenze e pareri “esperti” e facilitare quindi la conseguente implementazione, soprattutto perché le implicazioni rispetto a conoscenze, situazioni e soggetti diversi sono state preventivamente identificate e considerate nella formulazione della proposta.

Nella (eventuale) **terza fase** si chiede di decidere tra diverse opzioni possibili.

Possono essere eventualmente aggiunte fasi.

Requisiti

L'impiego della metodologia richiede:

- chiarezza di obiettivi;
- collaborazione da parte dei soggetti consultati;
- impegno nella elaborazione e sistematizzazione dei dati forniti dai rispondenti;
- disponibilità a raccogliere e considerare opinioni diverse (e talvolta divergenti) dalla propria.

Esempio

A livello esemplificativo, si propone un delphi sulla Procedura aziendale per la comunicazione dell'evento avverso.

I Fase

Con l'invio della bozza di procedura ai partecipanti si allega il seguente questionario:

Questionario su “Procedura per la comunicazione dell'evento avverso al paziente”

Domanda 1: Chi deve comunicare l'evento avverso al paziente in reparto?

Risposte ricevute alla domanda 1:

- direttore 5
- medico che ha fatto l'errore 10
- infermiere di riferimento per il paziente 3
- medico collega di chi ha fatto l'errore che conosce bene il paziente 8

II Fase

Si invia ai partecipanti il questionario con la Domanda 1: Rispetto ai soggetti identificati come coloro che possono comunicare l'errore, fornire indicazioni circa vantaggi e criticità rispetto alle diverse opzioni nella seguente tabella:

Soggetto	Vantaggi	Criticità	Note
Direttore			
Medico che ha fatto l'errore			
Infermiere di riferimento per il paziente			
Medico collega di chi ha fatto l'errore che conosce bene il paziente			

Sistematizzare tutti i dati raccolti.

III Fase

Domanda 1

Nel seguito vengono proposti i dati relativi alle opinioni raccolte circa il soggetto che deve comunicare l'evento al paziente.

Risultati nella tabella compilata elaborata (sistematizzata).

Considerando tutti gli elementi emersi, scegliere la figura che a vostro avviso dovrà essere inserita come figura che deve comunicare nella procedura aziendale (una sola crocetta)

- ☐ direttore
- ☐ medico che ha fatto l'errore
- ☐ medico di riferimento per il paziente
- ☐ infermiere

3.5 Presentare una relazione durante una riunione, un'assemblea, un forum aziendale

Con sempre maggiore frequenza nelle unità operative, nei dipartimenti, nelle strutture e a livello aziendale è necessario condividere esperienze e progetti, nelle riunioni, nei forum, nei convegni interni ed esterni. Sembra importate fornire alcune informazioni per rendere le presentazioni efficaci, sia orali sia in forma di poster.

Preparare e presentare una relazione richiede impegno, non solo di tempo ed energia mentale, ma soprattutto di tensione che chi si accinge a tale compito si troverà a approfondire nelle varie fasi. Nel seguito vengono richiamati alcuni aspetti che può essere utile ricordare durante le stesse.

La materia viene suddivisa in tre sezioni:

1. generale, ossia gli aspetti che debbono essere considerati in ogni momento;

2. per la preparazione del testo scritto;
3. per la presentazione in pubblico.

3.5.1 Aspetti generali

- Gli **obiettivi** da perseguire attraverso la relazione: i contenuti verranno selezionati con riferimento a essi, così come l'enfasi che verrà attribuita a questo o a quell'elemento.
- I **destinatari**: quali sono le loro caratteristiche? quale il loro linguaggio? quali i loro pre-requisiti?
- Il **contesto** in cui la relazione si colloca.
- Caratteristiche di una relazione efficace:
 - contenuti validi, pertinenti, rilevanti;
 - chiarezza e comprensibilità;
 - tarata per lo specifico contesto e destinatari;
 - logica;
 - memorabile (concetti, collegamenti, esempi, applicazioni, linee guida);
 - descrittiva della realtà ma con aspetti di riflessione, crescita, proposte, sfida.

3.5.2 Testo scritto

- **Testo tecnico**, quindi con linguaggio “funzionale”, non romanzato, mirato agli obiettivi dall'inizio alla fine
- **Inquadramento** e riferimenti chiari per comprendere. Non è necessario partire dall'inizio della storia dell'uomo; se necessario farlo, indicare la fonte bibliografica a cui si fa riferimento
- Verificare in base al contesto se utilizzare il personale o l'impersonale per esprimersi
- Utilizzare le **sigle** o le abbreviazioni solo dopo che una prima volta i termini vengono scritti per esteso (e la sigla tra parentesi)
- Se si riportano pezzi o citazioni, o commenti di altri, riportare la fonte in forma esaustiva per consentire al lettore di recuperarla.

3.5.3 Presentazione orale

Pre-requisiti

- Credere nei contenuti che si propongono
- Entusiasmo per riportare, dare stimoli, sfidare il futuro
- Preparazione
- Verificare la disponibilità dei sussidi che si pensa di utilizzare
- Selezione
 - del messaggio chiave che dovrà rimanere all'audience
 - dei contenuti in relazione agli obiettivi e al tempo disponibile
 - organizzazione della materia in fasi, aree, componenti tali da aiutare chi ascolta a farsi un

quadro generale di riferimento

Prima della presentazione

- Preparazione di sussidi “mirati”, che accompagnino la presentazione, ma non la sostituiscano (no diapositive fitte, piene di parole)
- Numero di diapositive (o altro) adeguato, tarato sul tempo a disposizione.

Durante la presentazione

- Rottura del ghiaccio. Si tratta della fase in cui reciprocamente relatore e audience si studiano. E' importante come il relatore introduce e instaura un rapporto

- Inquadramento della relazione:
 - perché
 - obiettivi
 - punti che verranno affrontati
- Presentazione dei contenuti per area, collegando la stessa alla precedente; enfatizzare i concetti chiave - quelli da ricordare, che trascineranno con sé tutti gli altri contenuti e aiuteranno l'ascoltatore a focalizzare e ricordare
- Chiusura con ripresa dei punti salienti affrontati
- Vitalità:
 - nella voce, che deve modulare i contenuti rispetto agli obiettivi
 - nello sguardo, che deve incontrare l'audience, accompagnando i propri contenuti
 - nelle posture, nei gesti e nel movimento che, sciolti, debbono sottolineare i passaggi più significativi
- Osservare il pubblico e le sue reazioni, al fine di tarare il contenuto o le modalità di presentazione:
 - chi ascolta ha bisogno del doppio del tempo di chi parla per recepire, interpretare, fissare, quindi modulare il ritmo della propria voce, deve essere prestata moltissima attenzione alla pronuncia ed al ritmo
 - utilizzo limitato dell'umorismo: una battuta può essere utile in alcune circostanze, ma è importante sia coerente con l'ambiente e le circostanze
 - verificare se è necessario spiegare i termini tecnici
 - in conclusione sollecitare il pubblico a utilizzare i contenuti, le idee, i suggerimenti nel proprio lavoro, o per riflettere sullo stesso
 - dare a questo proposito un messaggio positivo, di impatto dei contenuti, di stimolo all'azione.

Dibattito

- Al fine di suscitare il dibattito, si chiede di preparare alcuni quesiti che potrebbero essere utilizzati nel caso in cui non nascessero spontaneamente domande dal pubblico per approfondire e sviluppare la discussione.

3.6 Note organizzative per la preparazione e la presentazione di un poster

Che cos'è un poster?

E' un cartellone dove vengono riportati testi scritti, grafici, tabelle, materiali.

Perché?

Il poster aiuta a presentare al pubblico le attività svolte attraverso parole e immagini, facilitando la visione simultanea di tutte le fasi del progetto realizzato.

Come?

Il poster viene preparato ed esposto.

Le **dimensioni** del poster sono 70 cm in larghezza e 80 cm in altezza.

Il poster può essere strutturato su un unico cartellone oppure essere preparato, per facilitarne il trasporto, "a pezzi" su fogli più piccoli, da ricomporre in sede di forum sul tabellone messo a disposizione.

Il poster deve essere **autosufficiente**, cioè contenere gli elementi essenziali che servono a comprendere che cosa è stato fatto e quali sono stati i risultati ottenuti. Ciascun team di progetto può usare i **colori**, i **testi**, i **grafici**, le **immagini** che desidera, organizzarli nel modo ritenuto più idoneo, pur di rendere al meglio sul poster il progetto realizzato.

La regola fondamentale è che i **caratteri di stampa** sul poster siano sufficientemente grandi, in modo da essere leggibili da una distanza di un metro e mezzo.

Un poster può essere così organizzato:

TITOLO			
Autori e Unità operative di appartenenza			
Contesto	Motivazioni		
Problema/area di miglioramento della qualità	Obiettivi di miglioramento	Risultati	Adozione a regime
Indagine effettuata sul problema - Descrizione - Strumenti - Risultati	Strategie/attività		Ostacoli incontrati
	Strumenti		Insegnamenti appresi
		Bibliografia	Sviluppi

4. Valutare la comunicazione nel gruppo di lavoro

Per migliorare è necessario conoscere il punto di partenza e pertanto bisogna dapprima misurare la situazione in atto e quindi - dal confronto tra le aspettative (standard) e le informazioni raccolte - esprimere un giudizio in base al quale identificare gli aspetti su cui far vertere le azioni di ulteriore sviluppo.

L'impegno di valutare la comunicazione nel gruppo di lavoro e nella unità operativa spetta innanzi tutto alle figure con ruoli e responsabilità manageriali, ma si ritiene che ciascun operatore possa fare proprio questo compito, proprio perché la comunicazione è l'asse su cui poggiano il funzionamento del gruppo e i risultati che ottiene, ma anche la valorizzazione reciproca e il benessere del personale.

Ogni tipologia di situazione che richiede la comunicazione dovrà essere considerata nella valutazione, effettuata con **approcci sia qualitativi sia quantitativi**: i *briefing*, i *briefing* per la sicurezza del paziente, le riunioni, i colloqui, l'affido del paziente/consegna, la gestione della comunicazione dopo l'evento avverso, eccetera.

Gli **indicatori** a cui fare riferimento per la valutazione sono molteplici, alcuni diretti e altri indiretti. Relativamente a questi ultimi, come già indicato in precedenza, emerge dalla letteratura sugli eventi avversi (esiti sul paziente) che spesso le cause sono correlate alla assenza o inefficace comunicazione nel gruppo di lavoro. Analogamente, l'*intent to leave*⁴⁹ e il turnover possono indicare un malessere del personale, forse non appropriatamente identificato e gestito con adeguati processi comunicativi.

Per quanto concerne gli indicatori diretti, possiamo fare riferimento a quelli di processo e di risultato, includendo tra i primi, per esempio:

- la frequenza e le modalità impiegate per realizzare la comunicazione, per esempio il numero e la frequenza dei colloqui, il *drop out* rispetto agli stessi;
- il numero e la frequenza delle riunioni;
- il numero medio di partecipanti alle riunioni, per tipologia di figura professionale;
- il numero di bollettini usciti in un anno;
- il tempo dedicato alla consegna, in totale e per paziente;
- il numero di interruzioni durante l'affido del paziente/consegna;
- il numero di *briefing* in media alla settimana/totale pazienti in carico;

Tra i secondi (naturalmente verificando ed escludendo altre cause), per esempio:

- la percentuale di azioni effettuate come concordato dopo un colloquio, una riunione, una comunicazione scritta;
- i conflitti che insorgono; nella evoluzione dei conflitti disfunzionali la comunicazione gioca un ruolo importante e pertanto anche questi possono costituire una importante fonte di informazione;
- il numero e la tipologia di lamentele per problemi connessi alla comunicazione;
- il numero di *checklist* compilate correttamente;
- il numero e la tipologia delle omissioni nella documentazione, come emerge dalla analisi della stessa (che può essere effettuata con diverse metodologie).

Lo scopo è migliorare, assicurando efficacia, efficienza e soddisfazione di tutti gli operatori. La **leadership** ha un ruolo fondamentale in questo processo, e per questo dovrà guidare con l'esempio, utilizzando adeguati processi comunicativi e uno stile "risonante"⁵⁰, basato sull'intelligenza emotiva e orientato all'*empowerment* di tutti.

Bibliografia

1. Institute of Medicine (2003). Health professions education: a bridge to quality. Washington, D.C., National Academies Press
2. World Health Organisation. Patient safety curriculum guide multi-professional, 2011.
3. World Health Organisation. Learning to work together for health. Report of a WHO study group on multi-professional education for health personnel: a team approach. WHO, 1988, 68.
4. Poletti P. Competenza. Care 2008;3:31-6.
5. Randall Curtis J, Back AL, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. JAMA 2013;310:2271-81.
6. Watzlawick P, Beavin J et al. Pragmatics of human communication. W.W. Norton, New York, 1967. Tr. it. Pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio, Roma.
7. Wenger E. Comunità di pratiche. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
8. Cox J, Gray A. NHS at the hustings: four quality indicators for a person-centered healthcare. Eur J Person Centered Healthcare 2014;2:217-9.
9. Capra F. The web of life: a new synthesis of mind and matter. Flamingo, Londra, 1997.
10. Johnson G. Managing strategic change - strategy, culture and action. Long Range Planning 1992;25:28-36.
11. Schein E. Organizational culture and leadership. In Shafritz J, et al. Classics of organization theory, Wadsworth Publishing, 1993.
12. Seel R. Culture and complexity: new insights on organisational change, culture & complexity. Organisations People 2000;7:2-9.
13. Plsek P, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. Br Med J 2001;323:625-8.
14. Avallone F. Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Costruire e gestire relazioni nei contesti professionali e sociali, pagg 322-332. Carocci Editore, Roma, 2011.
15. Victor M. Cultural competence and holistic practice. Implications for nursing education, practice, and research. Holistic Nursing Practice 2009;23:153-7.
16. Dauvrin M, Lorient V. Leadership and cultural competence of healthcare professionals: a social network analysis. Nursing Res 2015;64:200-10.
17. Manon J. Managing the multi-generational nursing workforce. ICHRN International Centre for Human Resources in Nursing 2009.
18. Walton MM. Hierarchies: the Berlin wall of patient safety. Qual Saf Health Care 2006;15:229-30.
19. Cohen AL, Rivara F, et al. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? Pediatrics 2005;116:575-9.
20. Sutcliffe KM, Lewton E, et al. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med 2004;79:186-94.
21. Kucukarslan SN, Peters M et al. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. Arch Intern Med 2003;163:2014-8.
22. Nundy S, Mukherjee A, et al. Impact of preoperative briefings on operating room delays: a preliminary report. Arch Surg 2008;143:1068-72.
23. Lingard L, Regehr G, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. Arch Surg, 2008;143:1.
24. Fein S, Hilborne L, et al. [A conceptual model for disclosure of medical errors](#). Advances Patient Saf 2005;2 AHRQ.
25. Cantor M, Barach P, et al. Disclosing adverse events to patients. J Comm J Qual Saf 2005;31:5-12.
26. Fallowfield L, Flessig A. Communication with patients in the context of medical error. Report NPSA (UK), 2003.
27. Liebman C, Hyman C. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. Health Aff 2004;23:23-32.
28. Safe handover: safe patients' guideline (AMA, 2006), United Kingdom National Patient Safety Agency (2004). The OSSIE guide to clinical handover improvement – Australian Commission on safety and quality in health care (2009).
29. Borowitz S, Waggoner-Fountain L et al. Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. Qual Saf Health Care 2008;17:6-10.

30. Mardis M, Davis J. Shift-to-shift handoff effects on patient safety and outcomes: a systematic review. *Am J Med Qual* 2015;DOI:10.1177/1062860615612923.
31. Joint Commission. [National patient safety goals handbook 2008](#).
32. Coiera E. Technology, cognition and error. *Brit Med J Qual Saf* 2015;24:417-22.
33. Axley S., Managerial and organisational communication in terms of the conduit metaphor. *Acad Manage Rev* 1984;9:428-37.
34. Kountz DS. Strategies for improving low health literacy. *Postgrad Med* 2009;121:171-7.
35. Schillinger D, et al. Closing the loop: physician communications with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003;163:83-90.
36. Fong E. Nursing Record Systems/Documentation. The Joanna Briggs Institute Evidence Summaries, 2014. Disponibile in: http://www.ovid.com/site/platforms/jbi_ebp.jsp#tabs2.
37. Tucker A, Fox P. Evaluating nursing handover: the REED model. *Nurs Standard* 2014;28:44-8.
38. Larson J. Including the patient in change-of-shift Handoffs. *NurseZone.com*, 2013. Disponibile in: <http://www.nursezone.com>.
39. Cornell P, Gervis M, et al. Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *Med Surg Nurs* 2014;23:334-42.
40. Cornell P, Gervis M, et al. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *J Nurs Admin* 2013;43:422-8.
41. Logio LS, Djuricich AM. Handoffs in teaching hospitals: situation, background, assessment, and recommendation. *Am J Med* 2010;123:563-7.
42. Grice HP. Logic and conversation, in Cole P et al., *Syntax and Semantics*, Academic Press, vol. 3, pp. 41-58, 1975. Trad. it. *Logica e conversazione*. Saggi su intenzione, significato e comunicazione. Il Mulino, 1993.
43. Schulz von Thun F. *Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen*. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Rowohlt, Reinbek, 1981.
44. Orasanu J, Salas E. In: Klein G, et al, *Decision making in action: models and methods*. NJ, Ablex, 1991.
45. Mira J, Lorenzo S, et al., Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Res* 2015;15:341.
46. Bernice B. Delphi process: a methodology used for the elicitation of opinions of experts: an earlier paper published by RAND (document No: P-3925, 1968).
47. Boulkedid R, Abdoul H, et al. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS ONE* 2011;6:e20476.
48. Yousuf, Muhammad Imran. Using experts' opinions through Delphi technique. *Practical Assessment Res Evaluat* 2007;12(4).
49. McCarthy G, Tyrrell MP, et al. Intention to 'leave' or 'stay' in nursing. *Nurs Manag* 2007;15:248-55.
50. McKee a, Boyatzis R, et al. *Becoming a resonant leader: develop your emotional intelligence, renew your relationships, sustain your effectiveness*. Harvard Business School Press, Boston, 2008.