



CURE PALLIATIVE IN ONCOLOGIA: COMUNICAZIONE DELLE “CATTIVE NOTIZIE”

Gruppo di Studio Cure Palliative Anno 2025

Coordinatori: Matteo Cometto, Ferdinando Garetto, Paolo Rappa Verona, Maria Marcella Rivolta

A cura di:

Capello Cristina - ASL Città di Torino- Oncologia

Clerico Michele - AOU Città della Salute – Ematologia

Chiappe Enrica – ASLBI – Radioterapia

Mannino Tiziana - ASL TO3- Infermiere

Morgese Patrizia - ASL TO3- Infermiere

Olivi Matteo - ASL Città di Torino – Ematologia

Prestia Vincenzo - Ospedale Cottolengo - Infermiere

Rainero Claudio- ASLCN2- Oncologia

Romano Emanuela – Humanitas Gradenigo - Psiconcologia

Sciumè Calogero - ASL VC – Oncologia

Scarpello Monica - ASL Città di Torino - Infermiere

Vino Silvana - AOU Città della Salute - Infermiere

Documento approvato dal Gruppo di Studio

Il gruppo ha lavorato a partire dalla ricerca bibliografica (di seguito) condivisa dalla dott.ssa Romano (Psicologa, psicoterapeuta Humanitas Gradenigo) ed alcune slides condivise dalla dott.ssa Bena (Medico Responsabile S.S. Cure Domiciliari Area Sud-Est) sulle tematiche relative alla comunicazione in particolare: gli assiomi della comunicazione (Pragmatica della Comunicazione Umana P. Watzlawick, J.H. Beavin, Don D. Jackson), gli obiettivi della relazione, le modalità di conduzione del colloquio, l'importanza di lavorare in equipe e la gestione emotiva degli operatori sanitari.

- **Ricerca bibliografica sul tema della comunione delle cattive notizie:**
 - **Istituto Superiore di Sanità Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative. Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia) Cure Palliative, 2024, vii, 58 p. Rapporti ISTISAN 24/24**
 - **Comunicare in situazioni complesse Una guida pratica per i professionisti socio sanitari**
 - **LA COMUNICAZIONE NELLE CURE PALLIATIVE Dr. Luigi Valera, consigliere nazionale S.I.P.O.**
 - **Linee guida per la comunicazione della prognosi e di argomenti connessi alla fine della vita con adulti affetti da patologie in fase avanzata e a limitata aspettativa di vita e con i loro familiari, Josephine Clayton, Karen M Hancock, Phyllis N Butow, Martin HN Tattersall, David C Currow**

Il gruppo decide di utilizzare le schede di autovalutazione presenti all'interno del "Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative" dell'ISS che è uno strumento pratico per la formazione e l'aggiornamento del personale, focalizzato sulla comunicazione efficace, un aspetto cruciale per l'assistenza e il rispetto della dignità dei pazienti nelle cure palliative, come definita dalla Legge 38/2010.

Il gruppo decide di intraprendere un'intervista coinvolgendo come **partecipanti** tutti gli operatori all'interno dell'area oncologica (medici e infermieri), suddividendoli all'interno dei vari 4 **setting** di lavoro: reparto, ambulatorio, DH, territorio.

Numero Partecipanti:

- Medici ospedalieri: 46
- Medico territorio: 1
- Infermieri ospedalieri: 43
- Infermieri territorio: 7
- **Totale partecipanti: 97**

Nelle schede di autovalutazioni vi sono item di riferimento con risposte "sì", "no". **Strumenti:** Si è scelto di somministrare loro **5 schede di autovalutazione** (vedi power-point in allegato).

1. scheda 1.1 Regole di buona comunicazione,
2. scheda 1.2. Comunicazione interpersonale: aspetti emotivi e relazionali,
3. scheda 1.3. Aspetti organizzativi della comunicazione,
4. scheda 4.2. Comunicazione nella pianificazione condivisa delle cure
5. scheda 2.2. Comunicazione nella transizione tra i vari setting assistenziali (somministrata in particolare per gli operatori che operano sul territorio)

Le analisi dei dati si sono svolte tenendo in considerazione i 3 item con maggiore percentuale di risposte “no” suddividendo le schede tra infermieri e medici (Ruolo professionale); suddividendo le percentuali tra i 4 setting di riferimento presi in esame (reparto, ambulatorio, DH, territorio) con **l’obiettivo** di far emergere le 3 aree maggiormente critiche relative alla tematica della comunicazione sia in riferimento ai vari setting di lavoro che in riferimento al ruolo professionale.

Le difficoltà per ogni singola scheda vengono presentate nel dettaglio all’interno del power point in allegato.

CONCLUSIONI:

Dai dati raccolti emerge in particolare che:

- **schede 1.3, item 11 → "L'organizzazione non propone corsi di formazione professionale sulla comunicazione interpersonale e sul counseling e la relazione d'aiuto";** con dati contrastanti all’interno dei ruoli professionali ovvero i Medici hanno una percentuale di risposte “no” pari al 70%, gli infermieri hanno una percentuale di risposte no pari al 40%.

Dai nostri dati sembrerebbe che l’organizzazione proponga corsi di formazione professionale sulla comunicazione interpersonale, sul counseling e sulla relazione di aiuto soprattutto agli infermieri piuttosto che ai medici, nonostante questi ultimi siano i soli ad essere direttamente coinvolti nella comunicazione delle “brutte” notizie in ambito medico.

- Per i professionisti che operano sul territorio, dalle schede emerge la difficoltà nel "creare procedure condivise che migliorano il passaggio di informazione tra i diversi setting e una procedura di monitoraggio che questa procedura venga applicata". Sembrerebbe dunque non esserci una procedura condivisa che migliora il passaggio di informazione tra i vari setting, creando dunque un'interruzione della comunicazione tra operatori e conseguentemente tra familiari e paziente.



PROPOSTE DEL GRUPPO:

1. Corsi formativi sul tema comunicazione, counseling, relazione d'aiuto includendo la gestione emotiva **OBBLIGATORI** per medici in particolare (dai dati emersi) e per infermieri condotti da professionisti qualificati.
2. Corso formativo specifico per i Professionisti Ospedalieri e Territoriali con l'obiettivo di costituire procedure condivise che migliorano il passaggio di informazioni tra i vari setting e il monitoraggio della procedura stessa.
3. Proposta di una survey , elaborata in collaborazione con i coordinatori/rete utilizzando le schede di autovalutazione con i seguenti obiettivi:
 - autovalutazione periodica del professionista(medico e infermiere)
 - raccolta dati sulle difficoltà nelle aree di comunicazione
 - fare emergere le difficoltà nell'area della comunicazione nei vari setting di lavoro (ovvero far emergere i bisogni formativi



***Progetto di Formazione sul Campo:
Gruppo di miglioramento***

**Cure palliative in oncologia:
valutazione delle più recenti acquisizioni
derivate dalla letteratura scientifica per
l'aggiornamento delle raccomandazioni
relative ai percorsi di cura**

Sotto gruppo: Comunicazione delle “cattive notizie”

Edizione 2025

Gli assiomi della comunicazione

- È impossibile non comunicare
- La relazione è più importante del contenuto
- La punteggiatura della sequenza di eventi
- La comunicazione è fatta di verbale e non verbale (digitale ed analogico)
- Interazione simmetrica e complementare (one-up e one-down)

Pragmatica delle Comunicazione Umana

P. Watzlawick, J.H. Beavin, Don D.Jackson

Gli obiettivi della relazione

- Mantenere una relazione buona “abbastanza”.
- Permettere uno spazio di gestione professionale delle problematiche.
- Permettere nuovi tentativi relazionali.
- Poter portare a termine il lavoro in modo corretto.
- Non uscirne “ con le ossa rotte...”
-

Condurre la relazione

- Il professionista ha il dovere di condurre il colloquio.
- Il paziente si aspetta risposte dal medico, dall'infermiere, dall'operatore come tale
- Non confondere i ruoli ma essere **consapevoli**.
- Non confondere le professionalità

Condurre il colloquio (Abilità di counselling)

- Non è un processo spontaneo
- Occorre formarsi
- Occorre utilizzare degli strumenti corretti
- Occorre coltivare le medical humanities

Lavorare in equipe

Lo spazio narrativo di un gruppo di operatori è prezioso per la condivisione.

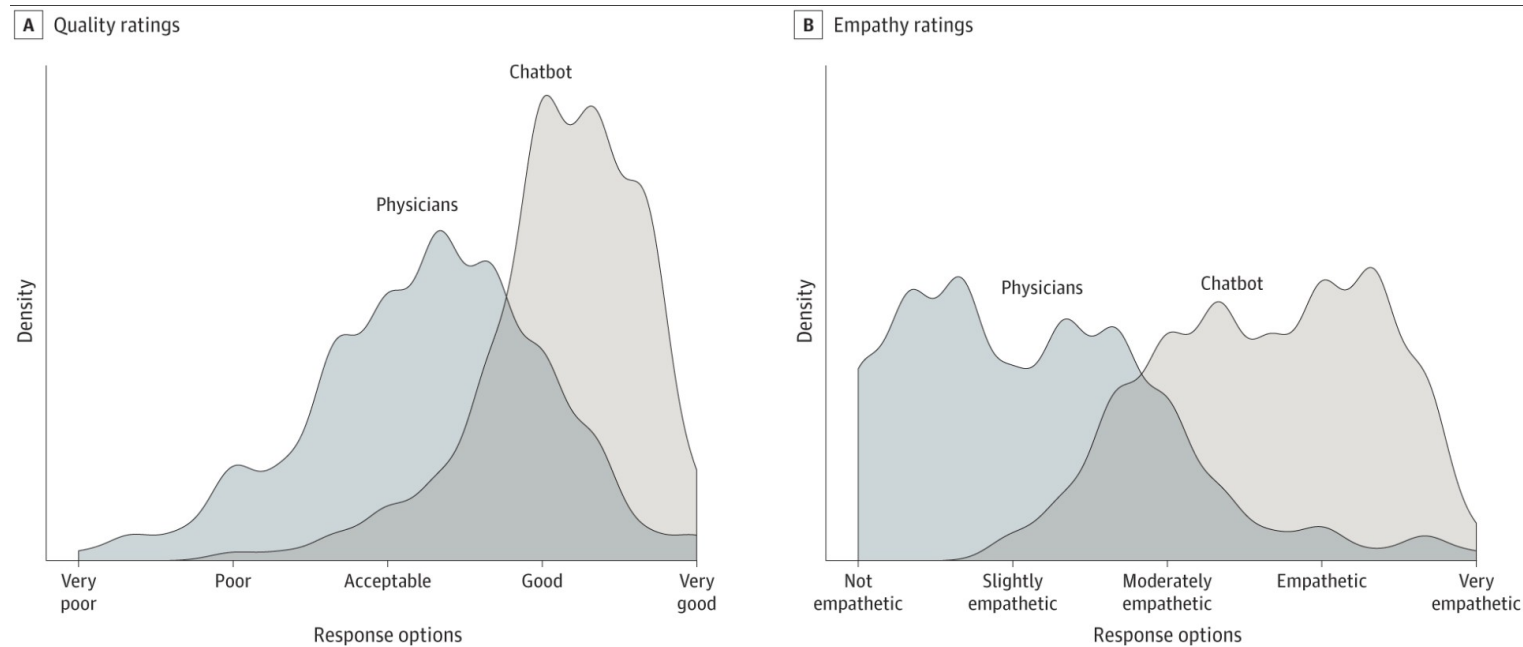
Permette una relazione di reciprocità tra i diversi ruoli.

Consente di esaminare aspetti difficili da esplorare in altro modo.

È uno spazio empatico anche tra colleghi.

Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum

John W. Ayers, PhD, MA^{1,2}; Adam Poliak, PhD³; Mark Dredze, PhD⁴; et al



Delle 195 domande dei pazienti analizzate, le risposte del chatbot sono state preferite a quelle di professionisti medici nel 78% delle valutazioni, sia in termini di qualità che in termini di empatia

La comunicazione come fulcro della relazione, ma non
pochi aspetti critici

3 setting presi in esame

- Ospedaliero: DH o ambulatorio
- Ospedaliero: Reparto
- Territorio

Professionisti coinvolti

- Medici ospedalieri → n°46
- Medico territorio → n°1
- Infermieri ospedalieri → n°43
- Infermieri territorio → n° 7



RAPPORTI ISTISAN 24|24

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative

Gruppo CARE
(Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia)
Cure Palliative



FORMAZIONE
E INFORMAZIONE

Capitolo 1

ASPETTI GENERALI DELLA COMUNICAZIONE CON PAZIENTI, FAMILIARI/CAREGIVER

1.1. Regole generali di buona comunicazione

SCOPO: Pazienti, familiari/caregiver ricevono informazioni chiare e comprensibili dagli operatori che devono tener conto del loro livello culturale e del loro stato psicologico.		
Criteri	Sì	No
L'operatore:		
1. Si presenta con nome, cognome e qualifica.	☐	☐
2. Si rivolge al paziente chiamandolo per nome. Evita di dare del tu facendosi dare del "lei". La forma colloquiale "tu" può essere utilizzata con bambini e adolescenti.	☐	☐
3. Condivide con il team le informazioni da dare univocamente al paziente sul piano e sugli obiettivi di cura.	☐	☐
4. Parla in presenza del paziente rendendolo partecipe e adeguando il linguaggio alle sue condizioni cliniche.	☐	☐
5. Evita di parlare del paziente in sua presenza comportandosi come se non ci fosse.	☐	☐
6. Usa espressioni rispettose (es. "Sig. Mario si accomodi, presto sarà chiamato" e non "Siediti e aspetta finché non ti chiamiamo").	☐	☐
7. Evita di usare termini ambigui, poco comprensibili e/o tecnicismi.	☐	☐
8. Fornisce al paziente e ai familiari/caregiver informazioni coerenti e non contraddittorie.	☐	☐
9. Si accerta che il paziente e i familiari/caregiver abbiano compreso bene le informazioni fornite con una domanda di feedback.	☐	☐
10. Si rende disponibile a dare ulteriori informazioni e chiarimenti.	☐	☐
11. Mentre espone le informazioni ascolta con attenzione le domande che gli vengono poste.	☐	☐
12. Durante i momenti di incontro, mantiene un buon contatto visivo con gli interlocutori.	☐	☐
13. È attento a ciò che il paziente esprime attraverso il linguaggio non verbale (es. postura, espressioni del viso, gestualità, ecc.).	☐	☐
14. Silenzia il telefono/cellulare/cercapersone prima di iniziare il colloquio, si accerta che non vi siano interruzioni, e se usa il telefono si scusa e spiega l'urgenza anche affiggendo un avviso sulla porta.	☐	☐
15. In caso di prolungata attesa per richiesta di informazioni da parte di familiari/caregiver avvisa spiegandone i motivi.	☐	☐

16. Dedicare ai colloqui un tempo compatibile con l'importanza delle informazioni che deve comunicare (minimo 10 minuti).	☐	☐
17. Non esprime giudizi in merito alle comunicazioni che deve fornire ai pazienti e ai familiari/caregiver e anche nei loro confronti	☐	☐
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SÌ: _____ b) Indicare gli item (max 3) su cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		

SCHEDA 1.1 Regole generali di buona comunicazione

Schede medici

ITEM	NO totali	% No totali	TOT NO_med_amb/dh	% TOT NO_med_amb/dh	TOT NO_med_rep	% TOT NO_med_rep
1	3	7%	3	7%	0	0%
2	9	20%	8	19%	1	50%
3	7	15%	7	16%	0	0%
4	1	2%	1	2%	0	0%
5	9	20%	8	19%	1	50%
6	1	2%	0	0%	1	50%
7	3	7%	3	7%	0	0%
8	1	2%	1	2%	0	0%
9	2	4%	2	5%	0	0%
10	1	2%	1	2%	0	0%
11	1	2%	1	2%	0	0%
12	0	0%	0	0%	0	0%
13	3	7%	3	7%	0	0%
14	20	43%	20	47%	0	0%
15	6	13%	5	12%	1	50%
16	4	9%	4	9%	0	0%
17	5	11%	4	9%	1	50%
totale	46	46	43	43	2	2

Criticità emerse scheda 1.1 (medici)

- Item 14 → NON Silenzia il telefono/cellulare/cercapersone prima di iniziare il colloquio, si accerta che non vi siano interruzioni, e se usa il telefono si scusa e spiega l'urgenza anche affiggendo un avviso sulla porta.
- Item 5 → NON Evita di parlare del paziente in sua presenza comportandosi come se non ci fosse.
- Item 2 → NON Si rivolge al paziente chiamandolo per nome. NON Evita di dare del tu facendosi dare del "lei". La forma colloquiale "tu" può essere utilizzata con bambini e adolescenti.

SCHEMA 1.1 Regole generali di buona comunicazione Schede infermieri

ITEM	TOTALE NO	% totale no INF.	TOTALE NO_inf_DH	% TOTALE NO_inf_DH	TOTALE NO_inf_reparto	% TOTALE NO_inf_reparto	TOTALE NO_NOCC	% TOTALE NO_NOCC
1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2	6	14%	6	16%	0	0%	0	0%
3	9	21%	9	24%	0	0%	0	0%
4	2	5%	2	5%	0	0%	0	0%
5	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
6	12	28%	9	24%	3	60%	0	0%
7	2	5%	2	5%	0	0%	0	0%
8	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
9	2	5%	1	3%	1	20%	0	0%
10	2	5%	1	3%	1	20%	0	0%
11	1	2%	1	3%	0	0%	0	0%
12	1	2%	1	3%	0	0%	0	0%
13	3	7%	2	5%	1	20%	0	0%
14	3	7%	2	5%	1	20%	0	0%
15	11	26%	10	27%	1	20%	0	0%
16	5	12%	4	11%	0	0%	1	100%
17	10	23%	10	27%	0	0%	0	0%
totale	43		37		5		1	

Criticità emerse scheda 1.1 (infermieri)

ITEM CRITICI INFERMIERE NEI SETTING DH/AMBULATORIO

- Item 6 → Difficoltà ad Usare espressioni rispettose (es. “Sig. Mario si accomodi, presto sarà chiamato” e non “Siediti e aspetta finché non ti chiamiamo”).
- Item 15 → In caso di prolungata attesa per richiesta di informazioni da parte di familiari/caregiver NON avvisa spiegandone i motivi
- Item 3 → Difficoltà a Condividere con il team le informazioni da dare univocamente al paziente sul piano e sugli obiettivi di cura

ITEM CRITICI INFERMIERE NEI SETTING REPARTO

- Item 6 → Difficoltà ad Usare espressioni rispettose (es. “Sig. Mario si accomodi, presto sarà chiamato” e non “Siediti e aspetta finché non ti chiamiamo”).
- Item 9 → NON Si accerta che il paziente e i familiari/caregiver abbiano compreso bene le informazioni fornite con una domanda di feedback
- Item 10 → NON Si rende disponibile a dare ulteriori informazioni e chiarimenti.
- Item 13 → NON È attento a ciò che il paziente esprime attraverso il linguaggio non verbale (es. postura, espressioni del viso, gestualità, ecc.).
- Item 14 → NON Silenzia il telefono/cellulare/cercapersone prima di iniziare il colloquio, si accerta che non vi siano interruzioni, e se usa il telefono si scusa e spiega l’urgenza anche affiggendo un avviso sulla porta.
- Item 15 → In caso di prolungata attesa per richiesta di informazioni da parte di familiari/caregiver NON avvisa spiegandone i motivi.

1.2. Comunicazione interpersonale: aspetti emotivi e relazionali

SCOPO: Pazienti, familiari/caregiver, durante il percorso di cura della malattia, si sentono presi in carico con accoglienza e disponibilità da parte degli operatori.		
Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. Ascolta in modo empatico pazienti e familiari/caregiver cercando di comprenderne lo stato emotivo (es. "È comprensibile sentirsi così"; "È ragionevole quello che sta provando").	☐	☐
2. Presta attenzione alla congruenza tra linguaggio verbale e non verbale proprio e del paziente (es. il tono di voce e l'espressione del viso corrispondono al significato della comunicazione).	☐	☐
3. Pone attenzione ai diversi aspetti connessi alla sofferenza dovuta al dolore fisico, emotivo e relazionale e incoraggia il paziente a parlarne.	☐	☐
4. Lascia il tempo sufficiente al paziente e/o ai familiari/caregiver di assimilare le cattive notizie, accoglie le reazioni favorendo l'espressione di eventuali paure e preoccupazioni.	☐	☐
5. Si accerta che il paziente e i familiari/caregiver non abbiano informazioni errate o contraddittorie sul quadro clinico e sul trattamento ed eventualmente le corregge.	☐	☐
6. Coinvolge attivamente il paziente nel percorso di cura.	☐	☐
7. Si rivolge ai familiari/caregiver solo quando il paziente non è in grado di instaurare una relazione o di rispondere alle sue domande (es. età avanzata o stato confusionale).	☐	☐
8. Evita rassicurazioni e incoraggiamenti generici o prematuri.	☐	☐
9. Rassicura e gestisce eventuali conflitti che possono sorgere nelle relazioni con i familiari/caregiver.	☐	☐
10. In caso di paziente con problemi cognitivi (es. coma/età avanzata) comunica con gli stessi senza dare per scontato che non comprenda.	☐	☐
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SI: _____		
b) Indicare gli item (max 3) su cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		

1.2. Comunicazione interpersonale: aspetti emotivi e relazionali

Schede medici

ITEM	TOTALE NO	% TOT NO	TOTALE NO_MED_DH	% TOT NO_MED_DH	TOTALE NO_MED_REP	% TOT. NO MED_REP
1	0	0%	0	0%	0	0%
2	1	2%	1	3%	0	0%
3	4	9%	4	10%	0	0%
4	7	16%	7	18%	0	0%
5	4	9%	4	10%	0	0%
6	3	7%	3	8%	0	0%
7	14	32%	13	33%	1	25%
8	15	34%	13	33%	2	50%
9	7	16%	6	15%	1	25%
10	9	20%	9	23%	0	0%

totale MEDICI	TOT DH	TOT REPARTO
44	40	4
	91%	9%

Criticità emerse scheda 1.2 (medici)

- Item 8 → Evita rassicurazioni e incoraggiamenti generici o prematuri.
- Item 7 → Si rivolge ai familiari/caregiver solo quando il paziente non è in grado di instaurare una relazione o di rispondere alle sue domande (es. età avanzata o stato confusionale).
- Item 10 → In caso di paziente con problemi cognitivi (es. coma/età avanzata) comunica con gli stessi senza dare per scontato che non comprenda.

1.2. Comunicazione interpersonale: aspetti emotivi e relazionali

Schede infermieri

ITEM	TOTALE NO	% TOTALE NO	TOTALE NO_inf_DH	% TOTALE NO_inf_DH	TOTALE NO_inf_REP	% TOTALE NO_inf_REP	TOTALE NO_NOCC	% TOTALE NO_NOCC
1	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
2	3	7%	3	7%	0	0%	0	0%
3	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
4	3	7%	3	7%	0	0%	0	0%
5	7	15%	7	17%	0	0%	0	0%
6	6	13%	6	15%	0	0%	0	0%
7	13	28%	12	29%	1	25%	0	0%
8	11	24%	10	24%	1	25%	0	0%
9	3	7%	3	7%	0	0%	0	0%
10	16	35%	14	34%	1	25%	1	100%

totale INFERMIERE	TOT DH	TOT REPARTO	TOT NOCC
46	41	4	1
	89%	9%	2%

Criticità emerse scheda 1.2 (infermieri)

- Item 10 → In caso di paziente con problemi cognitivi (es. coma/età avanzata) comunica con gli stessi senza dare per scontato che non comprenda.
- Item 7 → Si rivolge ai familiari/caregiver solo quando il paziente non è in grado di instaurare una relazione o di rispondere alle sue domande (es. età avanzata o stato confusionale).
- Item 8 → Evita rassicurazioni e incoraggiamenti generici o prematuri.

1.3. Aspetti organizzativi della comunicazione

SCOPO: Le condizioni organizzative facilitano e promuovono la buona comunicazione e il sostegno di pazienti e familiari/caregiver.		
Criteri	Si	No
1. La sede predisposta per i colloqui è confortevole, accogliente e assicura riservatezza.	☐	☐
2. In ambito ospedaliero o in hospice per i pazienti bambini/adolescenti si dispone di sala idonea dove sono presenti giochi, programmi educativi scolastici, attrezzature per attività ludiche e di animazione.	☐	☐
3. L'organizzazione del servizio è tale da permettere agli operatori la possibilità di avere a disposizione un tempo sufficiente per svolgere una buona comunicazione (minimo 10 minuti).	☐	☐
4. Tutti gli operatori indossano il cartellino di riconoscimento.	☐	☐
5. Per i singoli pazienti è individuato un case manager per la terapia e la comunicazione, anche se i diversi interventi vengono effettuati da operatori diversi.	☐	☐
6. Al paziente e ai familiari/caregiver viene fornito un indirizzo e-mail e un numero telefonico con l'indicazione di una fascia oraria per rintracciare il case manager qualora presente.	☐	☐
7. È consultabile online una carta dei servizi aggiornata con informazioni specifiche su altri servizi dedicati all'assistenza del paziente (es. opuscolo su orari e attività del servizio di assistenza domiciliare, su attività di volontariato, su alloggi convenzionati o gratuiti).	☐	☐
8. Vi sono accordi con enti o associazioni per assicurare la disponibilità di alloggi gratuiti o a tariffa ridotta nelle vicinanze per pazienti ambulatoriali o di day-hospital e per familiari/caregiver fuori sede.	☐	☐
9. L'organizzazione favorisce la presenza di rappresentanti delle associazioni di pazienti e di familiari/caregiver nei comitati etici, per il loro contributo sugli aspetti di comunicazione e di qualità di vita dei pazienti.	☐	☐
10. L'organizzazione favorisce la presenza di rappresentanti di culto di diverse religioni per soddisfare i bisogni spirituali dei pazienti se richiesti.	☐	☐
11. L'organizzazione propone corsi di formazione professionale sulla comunicazione interpersonale e sul counselling e la relazione di aiuto.	☐	☐
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SI: _____ b) Indicare gli item (max 3) su cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		

1.3. Aspetti organizzativi della comunicazione

Schede medici

ITEM	TOT NO	% TOT NO	TOT NO_med_AMB/DH	% TOT NO_med_AMB/DH	TOT NO_med_REP	% TOT NO_med_REP
1	21	48%	19	46%	2	67%
2	32	73%	30	73%	2	67%
3	14	32%	14	34%	0	0%
4	25	57%	23	56%	2	67%
5	27	61%	25	61%	2	67%
6	9	20%	7	17%	2	67%
7	25	57%	23	56%	2	67%
8	33	75%	31	76%	2	67%
9	27	61%	26	63%	1	33%
10	30	68%	28	68%	2	67%
11	31	70%	30	73%	1	33%

totale MEDICO	TOT DH	TOT REPARTO
44	41	3
	93%	7%

Criticità emerse scheda 1.3 (medici)

- Item 8 → Vi sono accordi con enti o associazioni per assicurare la disponibilità di alloggi gratuiti o a tariffa ridotta nelle vicinanze per pazienti ambulatoriali o di day-hospital e per familiari/caregiver fuori sede
- Item 11 → "L'organizzazione propone corsi di formazione professionale sulla comunicazione interpersonale e sul counselling e la relazione di aiuto."
- Item 10 → L'organizzazione favorisce la presenza di rappresentanti di culto di diverse religioni per soddisfare i bisogni spirituali dei pazienti se richiesti.

1.3. Aspetti organizzativi della comunicazione

Schede infermieri

ITEM	TOT NO	% TOT NO2	TOT NO_inf_DH	% TOT NO_inf_DH	TOT NO_inf_REP	% TOT NO_inf_REP	TOT NO_NOCC	% TOT NO_NOCC
1	23	51%	19	48%	4	100%	0	0%
2	32	71%	27	68%	4	100%	1	100%
3	18	40%	14	35%	4	100%	0	0%
4	21	47%	17	43%	4	100%	0	0%
5	30	67%	25	63%	4	100%	1	100%
6	15	33%	11	28%	4	100%	0	0%
7	32	71%	28	70%	4	100%	0	0%
8	34	76%	33	83%	0	0%	1	100%
9	30	67%	25	63%	4	100%	1	100%
10	23	51%	23	58%	0	0%	0	0%
11	21	47%	18	45%	2	50%	1	100%

totale INFERMIERE	TOT DH	TOT REPARTO	TOT NOCC
45	40	4	1
	89%	9%	2%
			100%

Criticità emerse scheda 1.3 (infermieri)

- Item 8 → Vi sono accordi con enti o associazioni per assicurare la disponibilità di alloggi gratuiti o a tariffa ridotta nelle vicinanze per pazienti ambulatoriali o di day-hospital e per familiari/caregiver fuori sede
- Item 7 → È consultabile online una carta dei servizi aggiornata con informazioni specifiche su altri servizi dedicati all'assistenza del paziente (es. opuscolo su orari e attività del servizio di assistenza domiciliare, su attività di volontariato, su alloggi convenzionati o gratuiti).
- Item 2 → In ambito ospedaliero o in hospice per i pazienti bambini/adolescenti si dispone di sala idonea dove sono presenti giochi, programmi educativi scolastici, attrezzature per attività ludiche e di animazione

4.2. Comunicazione nella pianificazione condivisa delle cure

SCOPO: Il paziente viene reso consapevole della diagnosi e della prognosi attraverso una pianificazione condivisa delle cure con il medico e/o l'équipe		
Criteri	Sì	No
L'operatore:		
1. Verifica al momento della presa in carico il livello di consapevolezza diagnostica e prognostica della persona che ha in cura.	☐	☐
2. Senza escludere elementi di speranza- aiuta il paziente nella comprensione dei limiti delle terapie palliative riguardo alla guarigione dalla malattia e ai vantaggi che invece offrono per il miglioramento della qualità di vita.	☐	☐
3. Prospetta al paziente che abbia raggiunto una consapevolezza del suo stato di salute le possibili evoluzioni sintomatiche o critiche per le quali è opportuno discutere anticipatamente l'approccio da mettere in atto in caso di urgenze.	☐	☐
4. Rispetta la volontà espressa dal paziente conseguentemente al percorso di pianificazione condivisa	☐	☐
5. Si accerta che vi siano regole o procedure scritte per individuare la persona da coinvolgere nelle decisioni sanitarie quando il paziente diventerà incapace di decidere o se lo è già	☐	☐
6. Registra in cartella clinica l'avvenuta espressione del consenso informato, delle volontà espresse dal paziente e della persona da lui designata a prendere decisioni in sua vece, nel caso non fosse più in grado di decidere	☐	☐
Il medico:		
1. Dedicare un tempo adeguato (minimo 10 minuti) alla fase di conoscenza e di approfondimento delle informazioni per consentire al paziente di elaborare il vissuto emozionale e assumere delle scelte consapevoli di fronte a situazioni cliniche complesse	☐	☐
2. Risponde alle domande del paziente in maniera chiara, puntuale e completa.	☐	☐
3. Individua insieme al paziente gli obiettivi raggiungibili rispetto ai bisogni da lui manifestati e li aggiorna periodicamente.	☐	☐
4. Propone al paziente soluzioni terapeutiche appropriate al suo stato psico-fisico spiegando bene vantaggi e svantaggi che ciò comportano.	☐	☐
5. Invita il paziente a designare una persona di fiducia che possa rappresentarlo nel caso non sia più in grado di decidere.	☐	☐
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SÌ: _____ b) Indicare gli item (max 3) su cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		

4.2. Comunicazione nella pianificazione condivisa delle cure

Scheda medici

ITEM	TOTALE NO	% TOT NO	TOTALE NO_med_DH	%TOT NO_MED_DH	TOTALE NO_med_REP	%TOT NO_MED_REP
1	15	32%	13	30%	2	50%
2	6	13%	6	14%	0	0%
3	17	36%	16	37%	1	25%
4	5	11%	5	12%	0	0%
5	24	51%	22	51%	2	50%

totale MEDICO	TOT DH	TOT REPARTO
47	43	4
	91%	9%

Criticità emerse scheda 4.2 (medici)

- Item 5 → Invita il paziente a designare una persona di fiducia che possa rappresentarlo nel caso non sia più in grado di decidere.
- Item 3 → Individua insieme al paziente gli obiettivi raggiungibili rispetto ai bisogni da lui manifestati e li aggiorna periodicamente.
- Item 1 → Dedica un tempo adeguato (minimo 10 minuti) alla fase di conoscenza e di approfondimento delle informazioni per consentire al paziente di elaborare il vissuto emozionale e assumere delle scelte consapevoli di fronte a situazioni cliniche complesse

4.2. Comunicazione nella pianificazione condivisa delle cure

Scheda infermieri

ITEM	TOTALE NO	% TOT NO	TOTALE NO_inf_DH	% TOT NO_INF_DH	TOTALE NO_inf_REP	% TOT. NO_INF_REP
1	3	8%	2	6%	1	25%
2	8	20%	7	19%	1	25%
3	11	28%	10	28%	1	25%
4	0	0%	0	0%	0	0%
5	11	28%	11	31%	0	0%
6	15	38%	15	42%	0	0%

totale INFERMIERE	TOT DH	TOT REPARTO
40	36	4
	90%	10%

Criticità emerse scheda 4.2 (infermieri)

- Item 6 → Registra in cartella clinica l'avvenuta espressione del consenso informato, delle volontà espresse dal paziente e della persona da lui designata a prendere decisioni in sua vece, nel caso non fosse più in grado di decidere
- Item 5 → Si accerta che vi siano regole o procedure scritte per individuare la persona di coinvolgere nelle decisioni sanitarie quando il paziente diventerà incapace di decidere o se lo è già
- Item 3 → Prospetta al paziente che abbia raggiunto una consapevolezza del suo stato di salute le possibili evoluzioni sintomatiche o critiche per le quali è opportuno discutere anticipatamente l'approccio da mettere in atto in caso di urgenze.

2.2. Comunicazione nella transizione tra i vari *setting* assistenziali

SCOPO: Ai pazienti, viene garantita la continuità assistenziale e la scelta del <i>setting</i> più idoneo a fronte dei molteplici bisogni rilevati.		
Criteri	Si	No
L'operatore:		
1. Si accerta che esistano procedure comunicative condivise utili a migliorare il passaggio di informazioni tra gli operatori di differenti <i>setting</i> assistenziali coinvolti nella presa in carico del paziente.	☐	☐
2. Si assicura che le procedure di cui al punto 1 vengono regolarmente utilizzate da tutti gli operatori.	☐	☐
3. Utilizza una modulistica condivisa per la valutazione multidimensionale del paziente.	☐	☐
4. Verifica che la modulistica di cui al punto 3 sia conosciuta dagli operatori dei vari <i>setting</i> coinvolti nell'assistenza.	☐	☐
5. Dedicare un tempo sufficiente (minimo 10 minuti) per informare il paziente e i familiari sulle caratteristiche dei diversi <i>setting</i> assistenziali.	☐	☐
6. Si accerta che siano stati effettuati colloqui psicologici e sociali.	☐	☐
7. Garantisce una corretta comunicazione nella pianificazione condivisa delle cure.	☐	☐
8. Pianifica con il paziente la transizione tra i <i>setting</i> .	☐	☐
9. Informa il paziente e i familiari/caregiver sulle modalità di funzionamento del nuovo <i>setting</i> assistenziale nel momento che precede il trasferimento.	☐	☐
10. Rassicura il paziente e i familiari/caregiver circa la continuità della presa in carico e degli obiettivi di cura in prossimità del trasferimento ad un diverso <i>setting</i> assistenziale.	☐	☐
11. Si congeda dal paziente in previsione del suo trasferimento ad un altro <i>setting</i> assistenziale.	☐	☐
12. Si accerta che nel passaggio tra un <i>setting</i> assistenziale e l'altro la relazione di dimissione comprenda, oltre alle notizie strettamente cliniche, anche informazioni di tipo psicologico, sociale, relazionale e culturale.	☐	☐
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SI: _____ b) Indicare gli item (max 3) su cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		

2.2. Comunicazione nella transizione tra i vari setting assistenziali

ITEM	TOTALE NO	% TOT NO	TOTALE NO_inf_DH	% TOT NO_INF_DH	TOTALE NO_NOCC	% TOTALE NO_NOCC	NO_MEDICI
1	3	50%	3	50%	0	0	0
2	3	50%	3	50%	0	0	1
3	0	0%	0	0%	0	0	0
4	1	17%	1	17%	0	0	0
5	3	50%	3	50%	0	0	0
6	1	17%	1	17%	0	0	0
7	1	17%	1	17%	0	0	0
8	1	17%	1	17%	0	0	0
9	1	17%	1	17%	0	0	0
10	1	17%	1	17%	0	0	0
11	1	17%	1	17%	0	0	0
12	2	33%	2	33%	0	0	0

Criticità emerse scheda 2.2

- Item 1 → Si accerta che esistano procedure comunicative condivise utili a migliorare il passaggio di informazioni tra gli operatori di differenti setting assistenziali coinvolti nella presa in carico del paziente.
- Item 2 → Si assicura che le procedure di cui al punto 1 vengono regolarmente utilizzate da tutti gli operatori.
- Item 5 → Dedica un tempo sufficiente (minimo 10 minuti) per informare il paziente e i familiari sulle caratteristiche dei diversi setting assistenziali.

Conclusioni

Dalle schede 1.3, item 11 → "L'organizzazione non propone corsi di formazione professionale sulla comunicazione interpersonale e sul counseling e la relazione d'aiuto ": Medici 70% no vs Infermieri 40% no

Per i professionisti che operano sul TERRITORIO dalle schede emerge difficoltà nel "creare procedure condivise che migliorano il passaggio di informazione tra i diversi setting e una procedura di monitoraggio che questa procedura venga applicata".

Al: più empatica dei professionisti sanitari? -riflessioni sulla gestione emotiva-

Proposte

1. Corsi formativi sul tema comunicazione, counseling, relazione d'aiuto includendo la gestione emotiva.
2. Corso formativo specifico per i Professionisti Ospedalieri e Territoriali (costituire procedure condivise che migliorano il passaggio di informazioni tra i vari setting e il monitoraggio della procedura stessa).
3. Proposta di una survey , elaborata in collaborazione con i coordinatori/rete utilizzando le schede di autovalutazione con l'obiettivo duplice:
 - autovalutazione periodica del professionista(medico e infermiere)
 - raccolta dati sulle difficoltà nelle aree di comunicazione