

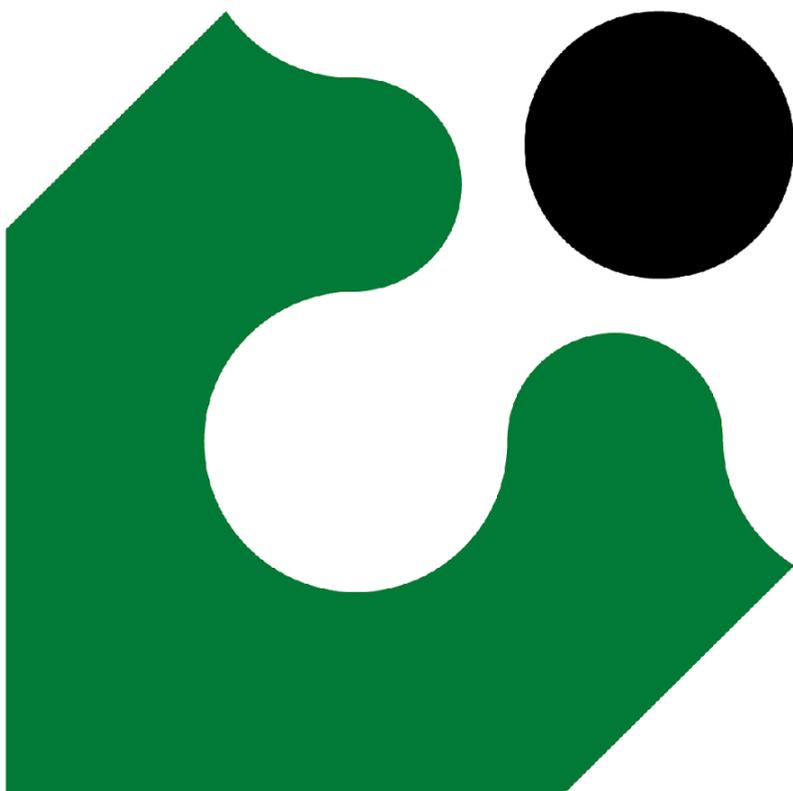
**"Basta una frase". L'importanza della
comunicazione efficace nella relazione medico-
paziente e interprofessionale nel team sanitario.**

Stefano Costa

Roberta Ruggeri

**Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa**

anno 2023/2024



Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301 DE

Ente erogatore

Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Stefano Costa, Dirigente medico, Chirurgia Generale e Mini-Invasiva, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano, stefano.costa@policlinico.mi.it

Roberta Consuelo Alessandra Ruggeri, Direttore SSD Day Surgery Oncologico, Fondazione IRCCS Istituto Tumori di Milano, roberta.ruggeri@istitutotumori.mi.it

Il docente di progetto

Prof.ssa Chiara Guglielmetti, Docente Università degli Studi di Milano

Il Responsabile didattico scientifico

Prof. Federico Lega, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento

può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

1 INDICE	3
2 INTRODUZIONE	4
3 OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
4 DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
5 METODOLOGIA ADOTTATA	8
6 DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	9
7 ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	36
8 RISULTATI ATTESI	38
9 CONCLUSIONI	39
10 CONTRIBUTO PERSONALE	43
11 RIFERIMENTI NORMATIVI	44
12 BIBLIOGRAFIA	45
13 SITOGRAFIA	49

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

1. INTRODUZIONE

La comunicazione sanitaria e medico-paziente costituisce un pilastro fondamentale nell'insieme di attività che contribuiscono a garantire la qualità dell'assistenza e il benessere dei pazienti. Nel corso di questo studio, esploreremo l'importanza della comunicazione nella promozione della salute, analizzando vari aspetti che influenzano l'efficacia comunicativa in ambito sanitario.

Il nuovo **Codice Deontologico** della professione medica all'articolo 20 afferma che **“Il tempo della comunicazione va considerato quale tempo di cura”**.

Questo risulta essere il punto di partenza di questo studio, in quanto metteremo in evidenza che né dal punto di vista della formazione universitaria né dal punto di vista dei processi di formazione obbligatori presso enti / istituti sanitari è stata rilevata una maturità di gestione degli aspetti relativi alla comunicazione sanitaria.

Anche la **Commissione Nazionale per la Formazione Continua** in qualità di organo dell'**Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali**, richiama l'importanza della «comunicazione efficace interna, esterna, con paziente», *eppure* la comunicazione nel settore sanitario non è ad oggi oggetto di formazione ad hoc e il professionista abilitato alla professione medica, non ha un frame formativo strutturato di riferimento che lo accompagni negli aspetti che impattano la comunicazione, demandando ad un training *on the job* l'acquisizione di nozioni che riguardano tali aspetti.

Cosa più importante, non sono presenti linee guida, né sistemi di monitoraggio utili a valutare gli aspetti afferenti alla comunicazione, né dal punto di vista dell'efficacia né dell'adeguatezza.

Anche dal punto di vista della compliance la costante evoluzione di norme e leggi [non solo GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati e sulla privacy nell'Unione Europea] impone degli obblighi precisi nella comunicazione che richiedono un costante aggiornamento in materia, anche a mitigazione rischi che impattano il personale sanitario e le strutture ospedaliere/enti.

Questo studio ha l'ambizione di far emergere la necessità di strutturare un percorso di formazione appropriato alle esigenze rilevate, per poi identificare le linee guida utili ad istruire la governance per la gestione dei processi di formazione che impattano la formazione sugli aspetti di comunicazione medico-paziente e intra-ospedaliera.

Si pensi che tra i sessanta professionisti del settore sanitario intervistati attraverso un'apposita survey utilizzata per analizzare questa tematica, **nessuno dei rispondenti**, ritiene che non vi sia la necessità di migliorare la comunicazione in ambito sanitario.

La deontologia medica ha sempre attribuito al medico il potere di decidere non solo se e come intervenire, ma anche quando e **come informare** il paziente.

Le trasformazioni normative e di natura sociale che si sono susseguite negli ultimi anni, hanno posto la deontologia medica dinanzi alla necessità di ridefinire il complesso insieme dei comportamenti, deleghe, poteri, doveri e responsabilità del medico in relazione ai diritti dei pazienti piuttosto che alla modalità di comunicazione.

Anche per quanto riguarda l'informazione ed il consenso informato, per esempio, è già nella versione del codice deontologico del 1995 che in Italia per la prima volta viene data esplicita indicazione al medico in merito a tali aspetti di comunicazione, eppure non esistono processi strutturati per formare i professionisti sanitari nel comunicare, né processi per valutare l'appropriatezza di come avviene la comunicazione.

2. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Gli obiettivi strategici di questo studio prendono spunto dalle valutazioni che emergono da tre diverse analisi, per la rilevazione:

- **del livello di maturità dei processi di formazione rivolti alla comunicazione** medico-paziente / intra-ospedaliero.
- Del livello di **esigenza di formazione sugli aspetti di comunicazione**, espresso da parte dei medici / dirigenti di strutture sanitarie.
- Delle **motivazioni** che portano alla necessità di ripensare al percorso formativo afferente agli aspetti di comunicazione per gli operatori del settore sanitario.

Lo studio metterà in evidenza anche l'importanza di generare un impatto positivo sulla prevenzione primaria dei conflitti in ambito sanitario, nello specifico focalizzandosi verso quelle azioni e strategie messe in atto per prevenire o ridurre al minimo la comparsa di situazioni conflittuali all'interno di un contesto sanitario, come ospedali, cliniche, ambulatori, e così via.

Queste azioni, sia di natura strutturale sia comportamentale, sono volte a promuovere una cultura organizzativa basata sulla collaborazione, comunicazione efficace e sul rispetto reciproco.

Alcuni esempi di misure di prevenzione primaria dei conflitti in ambito sanitario includono:

1. **formazione del personale:** offrire corsi e sessioni di formazione sulle competenze comunicative, sull'empatia, sulla gestione dello stress e sulla risoluzione dei conflitti per il personale sanitario può aiutare a promuovere relazioni più positive e collaborative tra colleghi e con i pazienti.
2. **Sviluppo di protocolli e linee guida:** definire chiaramente ruoli, responsabilità e procedure operative standard può ridurre le incertezze e i malintesi che possono portare a conflitti.
3. **Promozione della leadership trasparente e inclusiva:** una leadership che favorisce la trasparenza, la partecipazione e il coinvolgimento del personale nella presa di decisioni può contribuire a creare un clima organizzativo più armonioso e a prevenire tensioni e conflitti.
4. **Creazione di un ambiente di lavoro positivo:** favorire un clima lavorativo rispettoso, inclusivo e collaborativo può contribuire a prevenire situazioni di conflitto. Ciò può includere politiche di gestione del personale orientate al benessere dei dipendenti, programmi di supporto psicologico e meccanismi per la gestione dello stress.
5. **Miglioramento della comunicazione:** promuovere una comunicazione aperta, chiara e tempestiva tra il personale sanitario, i pazienti e le loro famiglie può ridurre le probabilità di fraintendimenti e conflitti.
6. **Monitoraggio e valutazione continua:** raccogliere feedback dal personale e dai pazienti, monitorare i livelli di soddisfazione e identificare precocemente potenziali fonti di conflitto possono aiutare a intervenire tempestivamente e a prevenire situazioni più gravi.

Come obiettivo strategico, in ultima istanza, l'ambizione di questo studio è quello di proporre le linee guida per la strutturazione dei processi di formazione relativi alla comunicazione che impatta il lavoro quotidiano dei medici / dirigenti sanitari, includendo anche la formulazione di una proposta di un piano di azione rivolto ad una struttura pilota.

3. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari e beneficiari di questo progetto, con le relative motivazioni, sono:

- **medici e operatori sanitari:** l'ottimizzazione della formazione sulla comunicazione medico-paziente può aiutare i medici e gli operatori sanitari a sviluppare competenze comunicative più efficaci, migliorare la relazione con i pazienti, promuovere il consenso informato e aumentare la soddisfazione dei pazienti.
- **Pazienti:** i pazienti possono trarre beneficio da una comunicazione medico-paziente più efficace, che può portare a una migliore comprensione delle condizioni di salute, a una maggiore aderenza alle terapie e a una maggiore soddisfazione per le cure ricevute.
- **Società:** una comunicazione medico-paziente efficace può avere un impatto positivo sulla società nel suo complesso, promuovendo una cultura della salute e del benessere, aumentando la consapevolezza delle malattie e delle condizioni di salute e promuovendo l'autodeterminazione dei pazienti.
- **Responsabili delle risorse umane:** i responsabili delle risorse umane possono trarre vantaggio dall'ottimizzazione della formazione sulla comunicazione intra-ospedaliera, poiché ciò può contribuire a migliorare la qualità della formazione, a sviluppare competenze comunicative più efficaci, promuovendo la soddisfazione dei dipendenti.
- **Istituzioni sanitarie:** le istituzioni sanitarie possono trarre vantaggio dall'ottimizzazione della formazione sulla comunicazione medico-paziente, poiché ciò può contribuire a migliorare la qualità delle cure, ridurre il rischio di contenziosi e reclami, promuovere la conformità alle linee guida e ai protocolli clinici e aumentare la soddisfazione dei pazienti. Nelle strutture sanitarie in modo particolare si fa riferimento alle strutture di governance e controllo, come Organizzazioni quali: Qualità, Controlling, Internal Audit, Risk Management, Direzioni sanitarie, Uffici Relazione con il Pubblico (URP), **ecc.**, ognuno di loro ha potenzialmente un vantaggio diretto.

L'ottimizzazione della formazione sulla comunicazione medico-paziente può avere un impatto positivo sui medici e gli operatori sanitari, i pazienti, le istituzioni sanitarie, la società nel suo complesso, promuovendo una comunicazione più efficace, migliorando la qualità delle cure e aumentando la soddisfazione dei pazienti.

Quanto citato, nel suo insieme, anche dal punto di vista sociale e della reputazione, rappresenta aspetti ad alto impatto verso i pazienti.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

4. METODOLOGIA ADOTTATA

Per l'esecuzione delle attività oggetto del documento, si prendono a riferimento alcuni tra le caratteristiche delle principali delle metodologie di *Business Process Reengineering*.

Per convenzione, definiremo la metodologia adottata in questo studio come: *7-Step-Assessment Methodology (7SAM)*, che è di seguito riassunta:

1. **valutazione:** dello stato corrente (AS IS) e prima identificazione delle aree di miglioramento e delle opportunità. Conferma del perimetro di progetto.
2. **Mappatura degli Stakeholder** e delle strutture organizzative comunemente coinvolte nel processo di comunicazione.
3. **Raccolta dei dati tramite survey** ovvero la predisposizione di una survey di dettaglio da sottoporre agli stakeholder per comprendere sia il livello di maturità dei processi di formazione sugli aspetti di comunicazione, sia le necessità operative degli stakeholder.
4. **Analisi dei dati raccolti:** indagando un panel eterogeneo di strutture sanitarie distribuite nel territorio italiano, l'analisi permetterà di analizzare le informazioni mitigando l'impatto di eventuali *bias* derivanti da situazioni organizzative relative al singolo rispondente.
5. **Confronto con studi e ricerche di settore** al fine di capitalizzare il *know-how* scientifico già a disposizione.
6. **Guideline del modello TO BE:** Identificazione delle linee guida per l'attuazione del modello futuro.
7. Identificazione dei **Key Performance Indicators** (KPI - indicatore chiave di prestazione) per il futuro monitoraggio dei processi che presiedono all'efficacia comunicativa oggetto del presente studio. La promozione del miglioramento continuo dovrebbe essere promossa in modo proattivo, permettendo l'identificazione di eventuali problemi o aree di miglioramento, e ove necessario la proposta di modifiche al processo di formazione.

Complessivamente, la revisione dei processi di formazione relativi alla comunicazione sanitaria medico-paziente fa riferimento ad una metodologia *evidence-based*, che tiene conto delle evidenze scientifiche disponibili, delle linee guida etiche e deontologiche, e delle esigenze dei professionisti sanitari e dei pazienti.

5. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Questo capitolo è suddiviso in due distinte aree:

1. la prima descrive la progettualità che ha consentito a questo studio di:
 - a. **raccogliere e analizzare i dati**, metterli a **confronto con evidenze di altri studi internazionali** in materia di comunicazione sanitaria.
 - b. Proporre **KPI** per il futuro monitoraggio dei processi che presiedono all'efficacia comunicativa oggetto del presente studio.
 - c. Proporre **linee guida** per la gestione della formazione della comunicazione che impatta i medici / dirigenti di strutture sanitarie nel rapporto medico-paziente piuttosto che intra-ospedaliero.

2. la seconda area descrive la proposta di progettualità, fasi e tempistiche per l'applicazione delle linee guida identificate al punto precedente.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

5.1 Progettualità di analisi per la definizione delle guideline

A guida di questa progettualità c'è la metodologia 7SAM.

Dopo una fase di studio iniziale a livello di project work, è stato **validato il perimetro del progetto** e si è quindi operato nella **definizione di una survey composta di quarantuno domande**, opportunamente predisposta secondo un raggruppamento logico di indagine.

Più in dettaglio la survey (tabella 5.1) è stata progettata per raccogliere informazioni su una serie specifica di variabili di interesse, ed è stata somministrata fornendo istruzioni chiare e precise sulle regole di compilazione, garantendo sia la riservatezza dei dati forniti dai partecipanti sia l'anonimato dei rispondenti grazie al tool EUSurvey (<https://ec.europa.eu/eusurvey/>), sistema *open source* disponibile nelle 23 lingue ufficiali EU per la gestione di sondaggi *online* e strumento ufficiale per le indagini della Commissione Europea.

EUSurvey fornisce un'ampia varietà di elementi utilizzati nei moduli, da quelli semplici [ad esempio domande di testo e domande a scelta multipla] a quelli avanzati [ad esempio fogli di calcolo modificabili ed elementi multimediali].

L'applicazione, ospitata presso il Dipartimento per i servizi digitali della Commissione europea (DG DIGIT), è disponibile gratuitamente per tutti i cittadini dell'UE.

Le domande presenti nella survey sono state definite anche con la specificità di poter estendere le analisi, ricerche, pubblicazioni ed *eminance* già a disposizione. In particolare, le ultime 16 domande sono derivate da "La Scala di Efficacia Collettiva nella Comunicazione Professionale Sanitaria (HPCCE) (Capone, 2020), un questionario validato di autovalutazione che misura le convinzioni collettive dei medici ospedalieri.

Dopo la **somministrazione della survey**, è stata avviata la fase di **raccolta dei dati**. I dati sono stati raccolti in maniera sistematica e organizzata, utilizzando strumenti informatici specifici per la gestione e l'analisi dei dati quantitativi e qualitativi. In particolare, sono stati raccolti dati demografici, dati relativi alle opinioni e atteggiamenti sui temi oggetto della ricerca.

La fase successiva ha riguardato l'**analisi dei dati**. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando tecniche statistiche e metodi qualitativi, al fine di identificare patterns e correlazioni tra le variabili di interesse. In particolare, sono state utilizzate tecniche di analisi dei dati qualitativi [ad esempio la correlazione tra i diversi insieme], come l'analisi tematica e l'analisi di contenuto, per identificare i temi e i concetti chiave emergenti dalla survey.

I risultati della ricerca sono stati messi a confronto con altri dati scientifici disponibili in letteratura, al fine di verificarne la validità e l'affidabilità. In particolare, sono stati confrontati i risultati della survey con i risultati di altri studi che hanno affrontato tematiche simili, al fine di identificare eventuali differenze o similarità tra i due corpi di dati.

Tabella 5.1 - Domande della survey e sintesi delle risposte ricevute.

ID	DOMANDA	-					+				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Quanto ritieni sia profonda la tua conoscenza "tecnica" relativa ai processi di comunicazione?	2%	12%	47%	29%	10%					
2	Ritieni che la formazione istituzionale alla quale tu personalmente hai avuto accesso fino ad oggi, ti abbia fornito tutti gli strumenti e le competenze necessarie per gestire al meglio il processo di comunicazione medico/paziente piuttosto che intra-ospedaliera?	19%	34%	25%	17%	5%					
3	Nella tua organizzazione sono presenti e strutturati, processi aziendali utili a migliorare gli aspetti relativi alla comunicazione medico/paziente piuttosto che intra-ospedaliera?	41%	46%	14%	---	---					
4	In che misura vengono affrontati gli aspetti della comunicazione nei processi di vigilanza aziendale?	34%	61%	5%	---	---					
5	In che misura sei stato/a oggetto di informative relative alla presenza di linee guida dedicate alla comunicazione nelle strutture sanitarie?	44%	46%	10%	---	---					
6	Valuta l'efficacia delle attuali linee guida nella promozione di una comunicazione efficace medico-paziente / intra-ospedaliera.	14%	36%	44%	0%	7%					
7	In base alla tua esperienza professionale, in che misura la mancanza di un'adeguata comunicazione, ritieni sia stata causa o concausa di possibili contenziosi?	3%	7%	27%	49%	14%					
8	Hai esperienze di casi in cui una comunicazione efficace abbia evitato situazioni di contenzioso?	8%	3%	25%	41%	22%					
9	Hai esperienze di casi in cui una comunicazione non efficace abbia potenzialmente avuto impatti negativi sulla salute del paziente?	7%	14%	29%	36%	15%					
10	Quanto ritieni che la corretta comunicazione influisca sulla sicurezza del paziente?	0%	3%	25%	34%	37%					
11	Quanto pensi che la comunicazione efficace incida sulla prevenzione degli errori medici?	0%	2%	31%	41%	27%					
12	Quanto ritieni che il feedback dei pazienti possa essere utilizzato per migliorare la comunicazione?	0%	2%	19%	34%	46%					
13	Quanto ritieni che la comunicazione efficace influisca sulla soddisfazione del paziente?	0%	2%	14%	25%	59%					
14	Quanto ritieni che la corretta comunicazione possa influire sulla qualità complessiva dell'assistenza sanitaria?	0%	2%	15%	36%	47%					
15	Quanto pensi che una comunicazione inefficace possa influire sulla fiducia del paziente nei confronti del personale sanitario?	0%	0%	10%	44%	46%					
16	In che misura le linee guida sulla comunicazione, condivise / ricevute fino ad oggi, includono una dettagliata condivisione degli aspetti normativi relativi alla riservatezza e all'etica?	8%	42%	36%	10%	3%					
17	Valuta l'efficacia delle attuali strategie aziendali per migliorare la comunicazione medico-paziente / intra-ospedaliera.	12%	32%	46%	7%	3%					
18	In che misura la mancata aderenza alle linee guida è considerata un problema nella tua realtà lavorativa?	2%	19%	44%	25%	10%					
19	In che misura le linee guida sulla comunicazione coprono gli aspetti della comunicazione durante emergenze sanitarie?	3%	34%	46%	15%	2%					
20	Ritieni che l'utilizzo della tecnologia possa avere un ruolo di facilitazione della comunicazione medico-paziente?	5%	22%	29%	34%	10%					
21	Valuta l'efficacia delle attuali procedure aziendali per gestire situazioni di comunicazione difficili.	12%	36%	46%	5%	2%					
22	Ritieni che la comunicazione rientri nei determinanti del tuo ambiente lavorativo?	2%	29%	69%	---	---					
23	Percepisci la necessità di migliorare la comunicazione in ambito sanitario?	0%	0%	15%	34%	51%					
24	Credi che un programma formativo dedicato possa migliorare la comunicazione in ambito sanitario?	2%	2%	14%	44%	39%					
25	Come accoglieresti un percorso di miglioramento della comunicazione in ambito sanitario?	2%	0%	15%	36%	47%					
26	Il mio ente/ospedale è in grado di garantire il contatto tra azienda e utenti realizzando efficaci campagne di promozione della salute sul territorio.	12%	17%	53%	10%	8%					
27	Il mio ente/ospedale può raggiungere l'obiettivo di una buona comunicazione fornendo una Carta dei Servizi comprensibile e accessibile.	5%	12%	46%	25%	12%					
28	Il mio ente/ospedale è in grado di facilitare la comunicazione con gli altri servizi pubblici e sociali operanti sul territorio.	5%	31%	42%	15%	7%					
29	Il mio ente/ospedale è in grado di offrire opportunità al personale medico qualificato di aggiornarsi su tutte le comunicazioni dei pazienti.	15%	24%	34%	22%	5%					
30	Il mio ente/ospedale sa favorire l'informazione tra le varie unità operative, nello scambio rapido delle informazioni sui pazienti, nel rispetto della privacy.	8%	20%	51%	17%	3%					
31	Il mio ente/ospedale dove lavoro è in grado di affrontare problematiche difficili, confrontando gli operatori per elaborare soluzioni valide.	10%	22%	41%	24%	3%					
32	Il mio ente/ospedale in cui lavoro è in grado di dimostrare, con una comunicazione chiara e motivata, i punti di forza e quelli che potrebbero essere migliorati attraverso il lavoro congiunto.	10%	19%	46%	22%	3%					
33	Il mio ente/ospedale è capace di trasmettere un'immagine positiva di sé.	3%	22%	49%	20%	5%					
34	Il mio ente/ospedale è in grado di raggiungere l'obiettivo di garantire che gli operatori di comunicazione ottimali nel front office siano competenti e disponibili.	8%	39%	44%	8%	0%					
35	I diversi operatori sanitari dell'ospedale dove lavoro, sanno che lavorare insieme può garantire una comunicazione ottimale con il paziente.	7%	22%	36%	29%	7%					
36	Il mio ente/ospedale dove lavoro è in grado di soddisfare le esigenze e raccogliere eventuali segnalazioni o reclami da parte dei pazienti.	3%	14%	44%	27%	12%					
37	Il mio ente/ospedale è in grado di favorire la comunicazione tra me e gli altri operatori.	7%	20%	51%	20%	2%					
38	Il mio ente/ospedale dove lavoro è in grado di garantire un'adeguata comunicazione tra operatori sanitari e amministrazione.	14%	24%	47%	14%	2%					
39	Il mio ente/ospedale è in grado di accertare i punti di forza e di debolezza dell'azienda effettuando sondaggi tra gli operatori e analizzando le informazioni fornite.	24%	34%	32%	8%	2%					
40	Il mio ente/ospedale è in grado di garantire che la comunicazione interna all'ospedale garantisca un'adeguata organizzazione con i pazienti, ad esempio evitando sale d'attesa sovraffollate.	8%	36%	41%	14%	2%					
41	Il mio ente/ospedale è in grado di fornire spazi adeguati per consentire la comunicazione con i pazienti in tranquillità e privacy.	7%	27%	51%	15%	0%					

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

Di seguito i dati dei rispondenti alla survey:

- Et :
 - 28-38 anni: 5 (8.47%)
 - 39-49 anni: 15 (25.42 %)
 - 50-60 anni: 27, (44.07%)
 - > 60 anni: 13, (22.03%)

- Ruolo:
 - medico: 50 (84.75%)
 - Ricercatore: 3 (5.08 %)
 - Amministrativo: 0
 - Dirigente apicale: 2 (3.39%)
 - Psicologo: 1 (1.69%)
 - Dirigente sanitario: 3 (5.08%)
 - Altro: 5 (8.47%)

- Struttura di appartenenza:
 - struttura pubblica: 28 (45.76%)
 - Ospedale private: 1 (1.69%)
 - Ospedale privato convenzionato: 9, (15.25%)
 - ASST: 9 (15.25%)
 - IRCCS: 20 (33.9%)
 - Altro: 1, (1.69%)

Come sintesi delle evidenze emerse dall'analisi dei risultati della survey, emerge che:

- Il 53% dei rispondenti afferma che la formazione istituzionale alla quale ha avuto accesso fino ad oggi, **non ha fornito tutti gli strumenti e le competenze necessarie per gestire al meglio il processo di comunicazione medico/paziente piuttosto che intra-ospedaliero.**

- L'86% dei rispondenti afferma che nell'organizzazione in cui opera **non sono presenti o scarsamente presenti e strutturati**, processi aziendali utili a migliorare gli aspetti relativi alla comunicazione medico/paziente piuttosto che intra-ospedaliero.

- Il 95% dei rispondenti afferma che **gli aspetti della comunicazione nei processi di vigilanza aziendale non sono ben strutturati.**

- Il **95% dei rispondenti afferma di non essere mai stata/o oggetto**, o molto raramente, di informative relative alla presenza di linee guida dedicate alla comunicazione nelle strutture sanitarie.

- Il 90% dei rispondenti afferma che le attuali **linee guida nella promozione di una comunicazione efficace medico-paziente / intra-ospedaliero, non sono efficaci.**

- Vi è una chiara evidenza [90% dei rispondenti] che la mancanza di un'adeguata comunicazione, abbia potenzialmente **avuto impatti negativi sulla salute del paziente** e sia stata **causa o concausa di possibili contenziosi**. Allo stesso tempo, un'analoga larga maggioranza dei rispondenti (88%) ha segnalato esperienze di casi in cui una comunicazione efficace abbia evitato situazioni di contenzioso.
- Il 71 % dei rispondenti **ritiene che la corretta comunicazione influisca direttamente sulla sicurezza del paziente**.
- Il 98% dei rispondenti ritiene che **la comunicazione efficace incida sulla prevenzione degli errori medici**.
- Il 98% dei rispondenti ritiene che **la corretta comunicazione possa influire sulla qualità complessiva dell'assistenza sanitaria**, sulla fiducia del paziente nei confronti del personale sanitario e complessivamente sulla soddisfazione del paziente.
- Il 90% dei rispondenti ritiene che una **comunicazione inefficace possa influire sulla fiducia del paziente nei confronti del personale sanitario**.
- Solo il 2% dei rispondenti ritiene che la comunicazione non rientri tra gli aspetti determinanti del proprio ambiente di lavoro.
- **Nessuno (0%)** dei rispondenti **ritiene che non vi sia la necessità di migliorare la comunicazione in ambito sanitario**.
- L'83% dei rispondenti ritiene che un **programma formativo dedicato possa migliorare la comunicazione in ambito sanitario**, così come **accoglierebbe con favore un percorso di miglioramento della comunicazione in ambito sanitario**.
- Solo il 15% dei rispondenti ritiene che il proprio ente/ospedale sia in grado di **ben garantire un'adeguata comunicazione tra operatori sanitari e l'amministrazione**.
- Solo il 10% dei rispondenti ritiene che il proprio ente/ospedale sia in grado di **accertare i punti di forza e di debolezza dell'azienda che emergono effettuando sondaggi tra gli operatori**.

La domanda con risposta libera presente nella survey, volta a raccogliere raccomandazioni da parte degli stakeholder sanitari, ha ricevuto come suggerimento principale **la necessità di istituire corsi obbligatori, incontri e lavori di gruppo sul tema Comunicazione**.

5.2 Letteratura e studi scientifici presi a riferimento

La comunicazione tra pazienti e professionisti è al centro dell'assistenza sanitaria, tanto da essere stata descritta in letteratura come il «cuore e l'arte» della medicina (Ha JF, 2010), è noto che una comunicazione efficace migliora lo stato di salute (Griffin, 2004) oltre l'accuratezza diagnostica, permette di promuovere decisioni terapeutiche incentrate sul paziente, migliorare una serie di risultati clinici che vanno dall'aderenza al trattamento alla sicurezza, comprendendo le esperienze dei pazienti. Una buona comunicazione può anche ridurre il rischio di denunce per negligenza (Vermani, 2011 - Dwamena, 2012 - Zolnierrek, 2009 - Doyle, 2013 - Moore, 2000).

Le abilità comunicative consistono nella trasmissione efficiente di informazioni, inclusa la comunicazione verbale, come unità discorsive e strategie di ascolto, e la comunicazione non verbale, come gesti ed espressioni, contatto visivo e linguaggio del corpo. Sono uno strumento che può consentire la comprensione e l'elaborazione delle informazioni da parte del paziente, durante la cura degli operatori sanitari, attraverso l'empatia, la scelta collaborativa informata e il coinvolgimento del paziente (Ditton-Phare, 2017 e Haskard, 2008). Quando sono centrate sul paziente, portano gli operatori sanitari a identificare le richieste, pianificare il trattamento attraverso la conoscenza, la creazione di un ambiente terapeutico e di supporto per un processo decisionale condiviso (Pehrson, 2016), e consentono una maggiore aderenza al trattamento e ai cambiamenti nel comportamento (Maguire, 2011).

L'incontro tra professionista e paziente coinvolge aspetti diversi, come i bisogni del paziente, la sofferenza che manifesta e la disponibilità emotiva del professionista, che non consentono la prevedibilità delle esperienze vissute, da qui la necessità che nella comunicazione in sanità gli aspetti sanitari debbano essere una priorità (Skär, 2018). Attree (2001) sottolinea che i pazienti comprendono la comunicazione con i professionisti come necessaria per un'assistenza di qualità e considerano la comunicazione utile quando viene effettuata in modo costruttivo, incoraggiante e di supporto. Le lamentele dei pazienti si concentrano sul fallimento comunicativo percepito e sull'incapacità di trasmettere adeguatamente il senso di cura (Moore, 2018). Pertanto, gli aspetti emotivi che coinvolgono la comunicazione con il paziente vengono presentati come una sfida per i professionisti e i servizi sanitari (Zimmermann, 2011).

Negli ultimi 20 anni numerosi studi hanno dimostrato gli effetti positivi degli interventi volti a migliorare la comunicazione tra medici e pazienti.

Le abilità comunicative sono modificabili, quindi offrono una via per interventi preventivi nel settore sanitario. Un esempio è la violenza nei confronti del personale sanitario. Due indagini neozelandesi (Mackay, 2009 e Gale, 2009) hanno rilevato una relazione tra uno stile di comunicazione frettoloso, impaziente, non sicuro e ansioso e un aumento del rischio di aggressione e violenza nei confronti degli operatori sanitari. Pertanto, la formazione sulle abilità comunicative potrebbe prevenire esiti gravi di violenza, ad esempio nei confronti del personale sanitario, nonché migliorare i risultati sanitari, come l'adesione e la soddisfazione.

Per sviluppare interventi preventivi, dobbiamo essere in grado di misurare la comunicazione. Per questo sono state sviluppate delle scale per la misurazione delle abilità comunicative (Wee Choen Ang, 2013).

5.2.1 Comunicazione e rischio

In sanità la collaborazione di squadra è essenziale. Quando gli operatori sanitari non comunicano in modo efficace, la sicurezza del paziente è a rischio per diversi motivi: mancanza di informazioni critiche, interpretazione errata delle informazioni, ordini telefonici poco chiari e cambiamenti di stato trascurati (O'Daniel, 2008).

La mancanza di comunicazione crea situazioni in cui possono verificarsi errori medici. Questi errori possono potenzialmente causare lesioni gravi o morte inaspettata del paziente. **Gli errori medici, soprattutto quelli causati da una mancata comunicazione, sono un problema pervasivo nelle odierne organizzazioni sanitarie.**

Secondo la Joint Commission (ex Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCHAO, 2005), se gli errori medici comparissero nell'elenco delle 10 principali cause di morte negli Stati Uniti stilato dal National Center for Health Statistic, si classificherebbero al quinto posto, in vantaggio rispetto di incidenti, diabete e morbo di Alzheimer, così come AIDS, cancro al seno e ferite da arma da fuoco. Il rapporto dell'Istituto di Medicina (IOM) del 1999, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, ha rivelato che tra 44.000 e 98.000 persone muoiono ogni anno negli ospedali statunitensi a causa di errori medici. Ancora più inquietante, i fallimenti di comunicazione sono la principale causa degli eventi sentinella segnalati alla Joint Commission dal 1995 al 2004.

Più specificamente, la Joint Commission cita i fallimenti di comunicazione come la principale causa di errori terapeutici, ritardi nel trattamento e interventi chirurgici nel sito sbagliato, nonché la seconda causa principale più frequentemente citata per eventi operatori e postoperatori e cadute fatali (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005).

La comunicazione e la collaborazione di team hanno un ruolo centrale nel ridurre gli errori medici e aumentare la sicurezza del paziente (O'Daniel, 2008). È importante considerare che la comunicazione non è solo verbale. Uno studio afferma che il 93% della comunicazione è maggiormente influenzato dal linguaggio del corpo, dall'atteggiamento e dal tono, lasciando solo il 7% del significato e dell'intento basati sulle parole effettivamente dette. Mentre le parole pronunciate contengono il contenuto cruciale, il loro significato può essere influenzato dallo stile di presentazione, che include il modo in cui gli oratori stanno in piedi, parlano e guardano una persona. Tuttavia, le informazioni critiche vengono spesso trasmesse tramite note scritte a mano, e-mail o messaggi di testo, il che può portare a gravi conseguenze se c'è una cattiva comunicazione (O'Daniel, 2008).

I pazienti ritengono che la comunicazione sia più semplice in un team coeso, piuttosto che con numerosi professionisti che non sanno cosa altri stanno facendo per gestire il paziente (Schmitt, 1982).

Uno studio ha stabilito che il miglioramento del lavoro di squadra e della comunicazione è descritto dagli operatori sanitari come uno dei fattori più importanti per migliorare l'efficacia clinica e la soddisfazione lavorativa (Flin, 2003).

Sfortunatamente, molti operatori sanitari sono abituati a ritenere che una scarsa comunicazione e un lavoro di squadra non coordinato siano normali e questo è il risultato di una cultura di basse aspettative che si è sviluppata in molti contesti sanitari. Questa cultura, in cui gli operatori sanitari si aspettano uno scambio di informazioni impreciso e incompleto, porta a errori perché anche i professionisti coscienti tendono a ignorare potenziali segnali d'allarme e discrepanze cliniche e li considerano ripetizioni di routine di scarsa comunicazione invece di indicatori insoliti e allarmanti. Sebbene una scarsa comunicazione possa portare a conseguenze tragiche, una comunicazione efficace può portare a risultati positivi: miglioramento del flusso di informazioni, interventi più efficaci, maggiore sicurezza, miglioramento del morale dei dipendenti, maggiore soddisfazione del paziente e della famiglia e riduzione della durata del ricovero. Vi è dimostrazione che l'implementazione di sistemi per facilitare la comunicazione di gruppo può migliorarne sostanzialmente la qualità (O'Daniel, 2008).

Di seguito un elenco delle comuni barriere comuni alla comunicazione e alla collaborazione interprofessionale (O'Daniel, 2008):

- valori e aspettative personali;
- differenze di personalità;
- gerarchia;
- comportamento distruttivo;
- cultura ed etnia;
- differenze generazionali;
- genere;
- rivalità storiche interprofessionali e intra professionali;
- differenze nella lingua e nel gergo;
- differenze negli orari e nelle routine professionali;
- vari livelli di preparazione, qualifiche e status;
- differenze nei requisiti, nei regolamenti e nelle norme della formazione professionale;
- timori di un'identità professionale diluita;
- differenze nella responsabilità, negli stipendi e nelle ricompense;
- preoccupazioni riguardanti la responsabilità clinica;
- complessità delle cure;
- enfasi sul processo decisionale rapido.

Un'ampia letteratura mostra che, a causa della complessità dell'assistenza medica, unita ai limiti intrinseci delle prestazioni umane, è di fondamentale importanza che i medici dispongano di strumenti di comunicazione standardizzati e creino un ambiente in cui gli individui possano parlare ed esprimere preoccupazioni.

Questa letteratura concorda sul fatto che quando una squadra ha bisogno di comunicare informazioni complesse in un breve periodo di tempo, è utile utilizzare tecniche di comunicazione strutturata per garantirne l'accuratezza (O'Daniel, 2008).

Sin dalla pubblicazione del rapporto originale dell'OIM, *To Err Is Human*, le organizzazioni hanno dedicato gran parte del loro tempo e dei loro sforzi a migliorare i sistemi dei pazienti invece di affrontare le questioni relative al fattore umano evidenziate nel rapporto originale (Linda T, 2003).

Diversi rapporti recenti hanno suggerito che, sebbene abbiamo fatto progressi nel movimento per la sicurezza dei pazienti, abbiamo ancora molta strada da fare per soddisfare le raccomandazioni dell'OIM. Affrontare i difetti di comunicazione che influenzano la collaborazione, lo scambio di informazioni, l'apprezzamento dei ruoli e delle responsabilità e la responsabilità diretta per la cura del paziente sono fondamentali componenti di qualsiasi programma per la sicurezza del paziente (O'Daniel, 2008). Una pratica clinica efficace non deve concentrarsi solo sulle questioni legate al sistema tecnologico, ma anche sul fattore umano. Una buona comunicazione incoraggia la collaborazione e aiuta a prevenire gli errori.

5.2.2 Comunicazione positiva ed empatia

Gran parte della ricerca recente in quest'area si è concentrata sulla questione se la comunicazione empatica e positiva sia utile (Derksen, 2013 e Hojat, 2011) e se la comunicazione empatica possa essere insegnata, sembra che sia possibile (Kiosses, 2016). Una revisione sistematica del 2001 (Di Blasi) ha rilevato che l'empatia e la comunicazione positiva potrebbero anche migliorare i risultati clinici sui pazienti.

All'interno del contesto sanitario, si ritiene che l'empatia implichi una comprensione condivisa e che fornisca un suggerimento terapeuticamente utile basato su tale comprensione condivisa (Mercer, 2002).

La revisione e metanalisi di Howick del 2018 ha analizzato studi randomizzati di intervento sull'empatia, in cui l'empatia veniva esplicitamente manipolata e studi che hanno randomizzato i partecipanti a messaggi positivi potenziati volti a promuovere aspettative positive del paziente riguardo al recupero [interventi di aspettativa]. Sono stati uniti questi due tipi di studi perché i pazienti considerano i messaggi adeguatamente positivi come parte dell'empatia (Mercer, 2002) e si è scoperto che trasmettere empatia e indurre aspettative positive nelle consultazioni sanitarie riduce lievemente, ma costantemente il dolore e l'ansia. I messaggi positivi forniti dai professionisti sembrano anche migliorare alcuni risultati fisici come l'attività bronchiale nei pazienti asmatici e la funzione fisica nel postoperatorio.

Alcuni studi suggeriscono anche che trasmettere messaggi positivi può migliorare la soddisfazione dei pazienti e la qualità della vita correlata alla salute. Gli studi di questa revisione inoltre non hanno segnalato potenziali danni ai professionisti, ad esempio a causa di ulteriori richieste emotive. Gli operatori che si prendono del tempo per migliorare il modo in cui esprimono empatia e trasmettono messaggi positivi probabilmente apportano piccoli miglioramenti a una serie di condizioni psicologiche

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

e fisiche dei pazienti, migliorano la soddisfazione generale del paziente con la cura, senza indurre alcun danno. Gli effetti sembrano essere simili a quelli di molti trattamenti farmacologici comuni per le condizioni trattate.

Nella revisione del 2023 di Sharkiya sono stati esaminati gli effetti della comunicazione di qualità tra i fornitori di assistenza sanitaria e i pazienti anziani. L'analisi di sette studi pubblicati tra il 2000 e il 2023 che utilizzavano approcci qualitativi, quantitativi o misti hanno confermato l'importanza di una comunicazione verbale e non verbale efficace nel migliorare i risultati incentrati sul paziente.

In sintesi i risultati: comunicazione non verbale: tocco confortevole (Butts, 2001), ascolto attivo (Levy-Storms, 2011), tocco (Levy-Storms, 2011), sorriso (Gilbert, 2009), sguardo (Gilbert, 2009), movimento delle sopracciglia (Gilbert, 2009), cenno della testa (Gilbert, 2009), strette di mano (Gilbert, 2009), comunicazione avviata dall'infermiere (Carpic-Claver, 2007), supporto emotivo (Carpic-Claver, 2007), comunicazione non verbale efficace (Wanko Keutchafo, 2022).

Comunicazione verbale: comunicazione verbale (Gilbert, 2009 - Van't Jagt, 2016 - Walters, 2012), informazioni biomediche e psicosociale (Gilbert, 2009), discorsi positivi (Gilbert, 2009), discussione sullo stile di vita (Gilbert, 2009) rapporti costruttivi (Gilbert, 2009), rispetto reciproco (Levy-Storms, 2011), equità (Levy-Storms, 2011), risoluzione dei conflitti (Levy-Storms, 2011).

Strategie: intervento su misura (Walters, 2012), comunicazioni telefoniche (Walters, 2012), approccio partecipativo (Van't Jagt, 2016), storia accurata (Van't Jagt, 2016)

Risultati incentrati sul paziente: benessere (Butts, 2001), autostima (Butts, 2001), stato di salute (Butts, 2001), processi sociali (Butts, 2001), soddisfazione della vita (Butts, 2001), autorealizzazione (Butts, 2001), autoresponsabilità (Butts, 2001), soddisfazione del paziente (Gilbert, 2009 e Walters, 2012), maggiore consapevolezza degli effetti della BPCO (Walters, 2012), miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria (Van't Jagt K, 2016), presentare problemi (Gilbert, 2009), salute mentale (Gilbert, 2009), salute fisica (Gilbert, 2009), aderenza alle raccomandazioni dei fornitori (Wanko Keutchafo, 2022), migliore qualità dell'assistenza (Wanko Keutchafo, 2022), degenze ospedaliere più brevi (Wanko Keutchafo, 2022).

Tutti gli studi hanno riportato che varie strategie di comunicazione verbale e non verbale hanno avuto un impatto positivo su tutti i risultati incentrati sul paziente, come la soddisfazione del paziente, la qualità delle cure, la qualità della vita e la salute fisica e mentale (Samer, 2023).

5.2.3 Scale di valutazione della comunicazione

In letteratura esistono differenti scale usate per valutare le competenze comunicative degli operatori sanitari in ambito ospedaliero.

Nella revisione di Ang del 2013, le scale sono state selezionate in base al loro contenuto, alla leggibilità, alle proprietà psicometriche e all'accessibilità includendo solo le scale *self-report* che sono generalizzabili e adattabili a un'ampia gamma di personale ospedaliero e si è evidenziata la necessità di una misurazione accurata della comunicazione in ambito sanitario, in quanto essa influisce sui risultati sulla salute, sull'adesione, sulla soddisfazione e sulla sicurezza del personale.

Le scale più adatte possono essere usate per sviluppare interventi preventivi e innovativi basati sulle abilità comunicative degli operatori sanitari.

Segnaliamo due scale sviluppate e validate in contesto italiano.

La Scala di Efficacia Collettiva nella Comunicazione Professionale Sanitaria (HPCCE) (Capone, 2020) è un questionario di autovalutazione che misura le convinzioni collettive dei medici ospedalieri riguardo alle abilità comunicative del loro gruppo riguardo alla gestione delle situazioni critiche legate alla comunicazione nella pratica medica.

È stato concettualizzato e sviluppato questo strumento per la misurazione dell'efficacia collettiva come la convinzione condivisa di un gruppo nelle sue capacità congiunte di raggiungere gli obiettivi organizzativi e svolgere compiti.

Questa è una misura della convinzione del gruppo nella sua capacità di gestire efficacemente diverse situazioni critiche legate alla comunicazione interna, esterna e alla comunicazione con i pazienti.

La scala di valutazione HPCCE è composta da 16 elementi valutati su una scala a cinque punti. La struttura unidimensionale, l'affidabilità interna e la validità convergente della scala è frutto del risultato di un'indagine trasversale condotta su 287 medici che lavorano in diversi ospedali pubblici nel Regno Unito, utilizzando l'analisi fattoriale esplorativa e l'analisi di Rasch.

Le 16 domande della scala di valutazione HPCCE (Capone, 2020):

- il mio ente/ospedale è in grado di garantire il contatto tra azienda e utenti realizzando efficaci campagne di promozione della salute sul territorio.
- Il mio ente/ospedale può raggiungere l'obiettivo di una buona comunicazione fornendo una Carta dei Servizi comprensibile e accessibile.
- Il mio ente/ospedale è in grado di facilitare la comunicazione con gli altri servizi pubblici e sociali operanti sul territorio.
- Il mio ente/ospedale è in grado di offrire opportunità al personale medico qualificato di aggiornarsi su tutte le comunicazioni dei pazienti.
- Il mio ente/ospedale sa favorire l'informazione tra le varie unità operative, nello scambio rapido delle informazioni sui pazienti, nel rispetto della privacy.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

- Il mio ente/ospedale dove lavoro è in grado di affrontare problematiche difficili, confrontando gli operatori per elaborare soluzioni valide.
- L'ente/ospedale in cui lavoro è in grado di dimostrare, con una comunicazione chiara e motivata, i punti di forza e quelli che potrebbero essere migliorati attraverso il lavoro congiunto.
- Il mio ospedale è capace di trasmettere un'immagine positiva di sé.
- Il mio ente/ospedale è in grado di raggiungere l'obiettivo di garantire che gli operatori di comunicazione ottimali nel front office siano competenti e disponibili.
- I diversi operatori sanitari dell'ospedale dove lavoro, sanno che lavorare insieme può garantire una comunicazione ottimale con il paziente.
- L'ente/ospedale dove lavoro è in grado di soddisfare le esigenze e raccogliere eventuali segnalazioni o reclami da parte dei pazienti.
- Il mio ente/ospedale è in grado di favorire la comunicazione tra me e gli altri operatori.
- L'ospedale dove lavoro è in grado di garantire un'adeguata comunicazione tra operatori sanitari e amministrazione.
- Il mio ente/ospedale è in grado di accertare i punti di forza e di debolezza dell'azienda effettuando sondaggi tra gli operatori e analizzando le informazioni fornite.
- Il mio ente/ospedale è in grado di garantire che la comunicazione interna all'ospedale garantisca un'adeguata organizzazione con i pazienti, ad esempio evitando sale d'attesa sovraffollate.
- Il mio ente/ospedale è in grado di fornire spazi adeguati a consentire la comunicazione con i pazienti in tranquillità e privacy.

La scala di autoefficacia percepita nella comunicazione medica (ME-CO) (Capone, 2022) è stata sviluppata e validata per misurare l'autoefficacia percepita dei medici nella comunicazione con i pazienti, concentrandosi su tre fasi chiave dell'intervista clinica: la raccolta di informazioni, il fornire feedback e creare e mantenere una relazione.

In una prima fase è stato generato un insieme di elementi basati sulla revisione della letteratura e condotto uno studio pilota con 150 medici per testare le proprietà psicometriche della versione iniziale della scala; la seconda fase ha coinvolto un campione più ampio di 636 medici e ha utilizzato l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa per verificare la struttura della versione finale della scala.

La versione finale della scala, chiamata ME-CO, aveva una struttura a otto fattori con 31 elementi che coprono le diverse aree di competenza nella comunicazione medica e misurano vari aspetti della percezione del medico sulla propria abilità di comunicare efficacemente con i pazienti durante le diverse fasi dell'intervista clinica.

Questi fattori possono essere correlati a diverse dimensioni della comunicazione, come la raccolta di informazioni, il fornire feedback e la creazione di relazioni con i pazienti. La scala ME-CO è in grado di spiegare il 61,67% della varianza totale nelle risposte dei partecipanti.

Questo suggerisce che la scala è in grado di catturare una vasta gamma di variazioni nella percezione dell'autoefficacia nella comunicazione medica.

La scala ME-CO ha anche mostrato una buona validità concomitante, poiché correlava positivamente con la scala di autoefficacia sociale percepita, è in grado di misurare in modo affidabile la percezione del medico sulla propria abilità di comunicazione, in linea con altre misure di autoefficacia, e con una struttura multidimensionale copre diverse aree di competenza comunicativa. Alcuni limiti sono l'uso di misure di autovalutazione, la mancanza di criteri esterni per valutare le competenze comunicative dei medici e le possibili differenze culturali nella percezione dell'efficacia comunicativa.

5.2.4 Formazione

Riconoscendo che le capacità comunicative sono essenziali affinché gli operatori sanitari possano stabilire una relazione positiva con i propri pazienti, migliorandone la salute e la qualità della vita, la formazione sulle competenze comunicative può rappresentare una strategia efficace per migliorare l'assistenza fornita dai professionisti nella cura del paziente e la qualità dei servizi sanitari.

La formazione su come informare i pazienti sul loro stato di salute, malattie e cure, stabilire relazioni basate sull'empatia, sul sostegno e sul conforto e promuovere la riflessione personale sulle proprie azioni comunicative e la collaborazione interdisciplinare sono essenziali per gli operatori sanitari (Deveugele, 2015). La formazione alle abilità comunicative (CST) può avere un effetto benefico sull'autoefficacia dei professionisti (Lord, 2016), sul miglioramento dei servizi e sulla possibilità di minimizzare gli errori, che dovrebbe essere una priorità, considerando che queste abilità non possono essere migliorate con la sola esperienza clinica (Pilnick, 2018).

Lo sviluppo delle abilità comunicative è stato effettuato in diversi contesti sanitari e di solito implica comportamenti con elevati carichi emotivi, come fornire cattive notizie (Karger, 2017). L'acquisizione di nuove competenze comunicative può migliorare la relazione con i pazienti, soprattutto quando il processo formativo avviene in maniera esperienziale. In questo contesto, quando si promuove l'insegnamento delle abilità comunicative, si incorporano componenti cognitive, affettive e comportamentali, con l'obiettivo generale di promuovere una maggiore consapevolezza di sé negli operatori sanitari (Moore, 2018).

In uno studio di Kissane del 2012 è stato osservato che la formazione alle abilità comunicative mostra incongruenze tra gli studi, sia legati al concetto di abilità comunicative, sia ai contenuti esposti, al disegno del programma, ai tempi di intervento e ai risultati. Questa molteplicità di strategie e l'esecuzione di valutazioni senza rigore metodologico e comparabilità rendono difficile identificare un programma ideale con una struttura e metodi adeguati per insegnare le abilità comunicative (Brighton, 2017 - Liu, 2007).

Nella revisione del 2021 di Mata ÁNS si è cercato di identificare le migliori evidenze disponibili sui programmi di formazione sulle abilità comunicative per promuovere cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento o nell'autoefficacia degli operatori sanitari.

Nella revisione sono stati inclusi otto studi, con programmi di durata tra 4 ore e mezza e 2 giorni, e prevedevano informazioni sulle capacità di comunicazione e il contenuto veniva applicato al contesto

degli operatori sanitari. Sono state utilizzate diverse strategie didattiche, come lezioni frontali, video e drammatizzazioni e la valutazione è stata effettuata utilizzando diversi strumenti.

Nei gruppi sono stati osservati miglioramenti nelle prestazioni e nell'autoefficacia delle capacità comunicative; pertanto, i programmi che affrontano le questioni concettuali e promuovono lo spazio per l'apprendimento esperienziale possono essere efficaci nella formazione delle competenze comunicative per i professionisti.

Altro aspetto rilevante da considerare nella formazione è la durata dell'intervento, poiché è stato dimostrato che il tempo è un aspetto fondamentale per garantire la riflessione sul processo comunicativo; questo perché i partecipanti hanno l'opportunità di produrre, interpretare e rispondere ad atti comunicativi (Cegala, 2002). In questo senso, proposte della durata di poche ore e senza l'uso del gioco di ruolo, come portato avanti da Levinson e Roter (1993), potrebbero non avere risultati efficaci nel cambiare il comportamento degli operatori sanitari, poiché gli studi sottolineano che i programmi a lungo termine [≥ 20 h] sono più efficaci (Barth, 2011). La continuità dei programmi deve essere un elemento da considerare per ottenere buoni risultati a lungo termine.

Per quanto riguarda i contenuti insegnati nella formazione, gli studi inclusi chiariscono inizialmente i concetti legati alla comunicazione e alla struttura del colloquio. Inoltre, l'inserimento di temi mirati a questioni rilevanti per il pubblico target è essenziale per un apprendimento significativo. La formazione dovrebbe concentrarsi sull'acquisizione di competenze e conoscenze e sulla promozione di cambiamenti affettivi, che possono motivare e provocare il desiderio di utilizzare le nuove competenze (Parle, 1998).

In questa prospettiva, l'uso di video per modellare comportamenti e strategie come i giochi di ruolo, consente ai professionisti di partecipare attivamente al processo di apprendimento. È stato incoraggiato anche l'uso di pazienti simulati, in quanto consente la formazione delle competenze in un ambiente sicuro simile a quello che si trova nella realtà professionale (Pilnick, 2018).

Questo approccio porta ad un aumento della percezione dei comportamenti dei pazienti da parte dei professionisti e identifica le loro reazioni. Questo tipo di strategia consente al professionista di sviluppare altre competenze e abilità, come il rispetto, l'empatia e la comprensione dei bisogni e delle preferenze dei pazienti (Rønning, 2019).

Riguardo l'analisi dei dati afferenti alla cura del paziente, gli studi di Ammentorp (2007) e Levinson e Roter (1993), hanno suggerito di portare la prospettiva del paziente al centro della formazione, consentendo un'attenzione personalizzata, che consideri la soggettività degli individui e consenta la partecipazione attiva al processo di cura.

Una componente importante del *person-centred care* (PCC) è la comunicazione che si instaura tra il professionista e il paziente, poiché consente il recupero di informazioni rilevanti sulla storia, i valori, la cultura e le preferenze del paziente, che dovrebbero essere conosciute ed esplorate (Olsson, 2013).

In considerazione dei diversi contenuti e delle strategie didattiche, sono stati individuati diversi modi di valutare le competenze. In generale, gli studi della revisione di Mata ÁNS (2021) hanno mostrato un miglioramento significativo nella fiducia nelle capacità comunicative e nelle prestazioni degli operatori sanitari. Anche con le barriere delle scale di autovalutazione, il miglioramento dell'autoefficacia può portare benefici, come la fiducia e un'aspettativa positiva può aumentare la probabilità che i professionisti utilizzino comportamenti comunicativi appropriati (ChungH-O, 2016 - Mata ÁNS 2021).

5.2.5 Esempi di modelli di applicazione di formazione

Nello studio di Pooja del 2024 è stato valutato il possibile utilizzo di pazienti simulati (SP) nell'educazione sanitaria. Gli SP sono individui addestrati che simulano pazienti reali al fine di insegnare e valutare le abilità comunicative e cliniche dei professionisti sanitari. Le sessioni degli SP forniscono un ambiente di apprendimento controllato ed esperienziale per gli studenti di anestesia, dove possono esercitarsi e perfezionare le proprie abilità tecniche e non tecniche, come la comunicazione, l'empatia, la presa di decisioni e il ragionamento clinico (Barrows, 1993 - Rudolph, 2008 - Bokken, 2009 - Wallace, 2006). Il ruolo dei SP nel miglioramento della comunicazione sanitaria è cruciale e multiforme. Ecco alcuni dei modi principali in cui gli SP contribuiscono al miglioramento della comunicazione sanitaria:

- simulazione di situazioni reali offrendo un'opportunità per praticare le abilità comunicative in un ambiente controllato e sicuro.
- Valutazione delle abilità comunicative consentendo loro di ricevere feedback specifico e costruttivo sulle loro prestazioni e aiutando i professionisti sanitari a identificare punti di forza e aree di miglioramento.
- Pratica delle competenze empatiche: opportunità di praticare e sviluppare competenze empatiche. Possono imparare a mostrare empatia, comprensione e compassione durante le interazioni con i pazienti, migliorando così la qualità della comunicazione e la qualità complessiva delle cure.
- Adattabilità agli scenari complessi: aiutando i professionisti sanitari a sviluppare abilità di gestione dello stress, risoluzione dei problemi e comunicazione efficace anche in situazioni complesse.
- Approccio basato sulla pratica riflessiva: incoraggia gli studenti a riflettere sulle loro esperienze di interazione con gli SP, esaminando le loro azioni, emozioni e pensieri durante la simulazione. La riflessione aiuta gli studenti a sviluppare una consapevolezza critica delle proprie abilità e comportamenti comunicativi.
- Approccio basato sullo sviluppo delle competenze: attraverso una serie di attività di simulazione con gli SP. Gli studenti vengono esposti a una varietà di scenari clinici che aumentano gradualmente in complessità e sfida.

Complessivamente, l'utilizzo degli SP nella formazione e nell'addestramento dei professionisti sanitari è un metodo efficace per migliorare la comunicazione sanitaria, aumentare l'empatia e la comprensione tra i professionisti sanitari e i pazienti, e migliorare complessivamente la qualità delle cure fornite.

5.2.6 Un esempio di progetto strutturato di implementazione della comunicazione in ambito sanitario

Andrew McDonald nel 2016, scrisse *The Long and Winding Road*. La tesi avanzata era semplice: **i miglioramenti nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti avrebbero probabilmente migliorato la qualità dell'assistenza ai pazienti e ridotto i costi.**

Ne avrebbero tratto vantaggio il paziente e il contribuente. In Inghilterra è stato sviluppato il progetto *Improving communication between health care professionals and patients in the NHS in England- Findings of a systematic evidence review and recommendations for an action plan – 2020-2021*.

Questi i passaggi del programma di implementazione proposto dal progetto inglese:

- Lo Steering Group ha commissionato una revisione sistematica della letteratura internazionale sugli interventi per migliorare la comunicazione medico-paziente. Il suo scopo era identificare gli interventi che avevano precedentemente dimostrato una differenza positiva all'esperienza del paziente e ai risultati clinici, riducendo al tempo stesso le richieste finanziarie sul sistema sanitario. Le opzioni identificate dovevano essere interventi che i decisori politici, i commissari e i gestori dei servizi in tutto il sistema sanitario nazionale potessero replicare accuratamente, con un ritorno ragionevole sull'investimento e con un livello gestibile di rischio di implementazione.
- La revisione sistematica è stata effettuata da SQW (<https://www.sqw.co.uk>), un'organizzazione indipendente di ricerca e consulenza e presentava i risultati chiave la base di prove che supportava la necessità di investire nel miglioramento della comunicazione tra medici e pazienti nel Servizio Sanitario Nazionale (NHS).
- Tra le opzioni identificate dalla revisione della letteratura, questo rapporto raccomanda che NHS England e NHS Improvement investano inizialmente in un unico intervento: introdurre obiettivi incentrati sul paziente nei colloqui assistenziali con i pazienti che si presentano in Unità di Terapia Intensiva e Unità di Valutazione Chirurgica che sono a rischio di morte nei successivi 12 mesi e/o sono a rischio di grave deterioramento clinico e morte durante la loro presentazione.
- Questi colloqui volontari tra pazienti e un membro del personale clinico, hanno luogo entro 48 ore dal ricovero del paziente. Nel corso della conversazione: il medico fornisce al paziente informazioni sulla sua condizione e sulle opzioni di trattamento; il paziente ha l'opportunità di esprimere i propri valori, obiettivi, priorità e preferenze terapeutiche particolari; il clinico ascolta e rispetta questi valori, priorità e preferenze; il clinico li registra in un unico documento di pianificazione assistenziale. Questo documento verrebbe creato durante il primo colloquio e aggiornato secondo necessità durante i colloqui successivi. I pazienti e i loro famigliari conservano una copia cartacea del progetto originale e degli eventuali aggiornamenti. Il personale registra inoltre le decisioni e qualsiasi altro risultato chiave dei colloqui nel sistema elettronico della propria organizzazione.
- L'evidenza indica che l'introduzione di questi colloqui come pratica clinica di routine migliorerà significativamente l'esperienza dei pazienti prossimi alla fine della loro vita, migliorando la loro

qualità di vita e riducendo al tempo stesso la necessità di cure critiche. Questa riduzione della domanda di cure ospedaliere significa che i costi legati all'introduzione di obiettivi di dialogo sulle cure sono più che controbilanciati dai probabili risparmi.

- Il modello dei potenziali risparmi sui costi presentato in questo rapporto mostra che rappresentano un potenziale risparmio stimato per il sistema sanitario nazionale di 502 milioni di sterline all'anno [valori 2019/20] quando tutti gli NHS Acute Trusts avranno incorporato i colloqui assistenziali nella pratica clinica.
- La combinazione di vantaggi significativi per i pazienti e costi ospedalieri inferiori costituisce un motivo convincente per introdurre obiettivi di dialogo assistenziale con i pazienti prossimi alla fine della loro vita in tutto il servizio sanitario nazionale. Questo studio raccomanda di estendere la pratica a livello nazionale e includere un piano d'azione per un'implementazione nazionale. Un NHS Trust sta attualmente intraprendendo un programma di prova per valutare la fattibilità di un'ulteriore implementazione.
- Il gruppo consultivo dello studio raccomanda inoltre una successiva implementazione dell'intervento nei reparti di pneumologia, cardiologia e geriatria all'interno. Si stima che ciò produrrà ulteriori 59 milioni di sterline all'anno di potenziale risparmio [valori 2019/20].

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

5.3 L'impatto delle normative europee di data privacy nel contesto del presente studio

La *General Data Protection Regulation* (GDPR) ha avuto un impatto significativo anche nel contesto della comunicazione medico-paziente. In particolare, la GDPR ha introdotto nuove norme per la protezione dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, che sono particolarmente sensibili.

La GDPR ha imposto nuovi obblighi ai professionisti sanitari, che devono garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali dei pazienti. In particolare, i professionisti sanitari devono informare i pazienti sul trattamento dei loro dati personali, spiegando i motivi di tale uso e assicurandosi che i pazienti siano consapevoli delle potenzialità e dei rischi associati al trattamento dei loro dati

La GDPR ha inoltre influenzato la comunicazione medico-paziente attraverso la promozione dell'uso della cartella clinica elettronica, che può facilitare la comunicazione tra i professionisti sanitari e i pazienti. La cartella clinica elettronica può infatti garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali dei pazienti, al contempo facilitare la condivisione delle informazioni tra i diversi professionisti sanitari che si occupano del paziente

Infine, la GDPR ha influenzato la comunicazione medico-paziente attraverso la promozione dell'uso di modelli di comunicazione basati sulla trasparenza e la partecipazione attiva del paziente.

Tali modelli di comunicazione possono infatti garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali dei pazienti, al contempo promuovere una comunicazione aperta e trasparente tra i professionisti sanitari e i pazienti.

5.4 Confronto evidenze impatto comunicazione – alcuni dati URP

Il confronto tra le evidenze emerse dai risultati della survey, con alcuni dati di dominio pubblico delle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dei due enti ospedalieri dei redattori di questo studio: Istituto Nazionale dei Tumori di Milano – INT (dr.ssa Roberta Ruggeri) – Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico (dr. Stefano Costa), permettono di mettere in evidenza e confermare quanto siano impattanti gli aspetti relativi alla «comunicazione».

Nelle segnalazioni all'URP del Policlinico (tabella 5.2) «il rapporto con operatore» è segnalato in 66 casi (su 526 =12,5%), voce di analisi che viene solo dopo le segnalazioni riguardanti aspetti di «Prenotazione Telefonica» (67 casi) e «inadeguatezza organizzativa» (97 casi).

Mentre nelle segnalazioni dell'URP dell'Istituto Nazionale dei Tumori Milano (tabella 5.3), la voce più rappresentata nei reclami dell'anno 2023 è nell'ambito «comunicazione e relazione con l'operatore», 26/86 reclami (30%), nessuna altra voce è così numerosa; se a questa aggiungiamo la percezione della Qualità Professionale che per molti aspetti ha una relazione con gli aspetti di comunicazione si evince che circa il 47% delle segnalazioni sono impattate direttamente o indirettamente da aspetti di comunicazione od ove la comunicazione gioca un ruolo attivo.

Nella stessa area di comunicazione (3a) nei dati UPR del INT (tabella 5.3), troviamo anche la maggior parte degli encomi (97/126= 77%) e dei rilievi (60/267= 22%).

Gli encomi Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico (tot 1292) non sono stati stratificati; pertanto, non è stato possibile rilevare informazioni utili.

Pertanto, è evidente che un intervento in questo ambito possa avere un impatto importante nella soddisfazione del paziente e riduzione reclami segnalazioni con possibile impatto sui potenziali contenziosi. Un intervento organizzativo combinato ad un'azione sulle competenze e capacità del personale, apporterebbe risultati positivi.

« Basta una frase »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

Tabella 5.2 - Dati segnalazioni ufficio URP, 01.01.2023 – 31.12.2023, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

		N. casi	% tipologia	% totale
INFORMAZIONE/ ORIENTAMENTO	1a - Logistica (spazi, segnaletica, percorsi)	4	10,81%	
	1b - Coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	29	78,38%	
	1c - Amministrativa (modulistica, ticket, orari, ecc.)	1	2,7%	
	1c2 - Visione referti online/SISS	3	8,11%	
	Totale	37	100%	7,03%
CONDIZIONI DELL'ACCESSO	2a - Accesso telefonico, web, mail, farmacie, MMG, PdL	24	23,76%	
	2a1 - Prenotazione telefonica	67	66,34%	
	2b - Accesso con mezzi pubblici	1	0,99%	
	2c - Accesso con mezzi privati (segnaletica, parcheggi ecc.)	9	8,91%	
	Totale	101	100%	19,20%
COMUNICAZIONE E RELAZIONE	3a - Rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità sullo stato di salute)	66	92,96%	
	3b - Rapporto con l'azienda	5	7,04%	
	Totale	71	100%	13,5%
ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	4a - Barriere architettoniche	5	9,62%	
	4b - Sicurezza	7	13,46%	
	4c - Comfort (vitto, pulizie, arredi e attrezzature ecc.)	40	76,92%	
	Totale	52	100%	9,89%
RISPETTO DEI DIRITTI	5a - Dati sensibili (codice privacy 196)	2	100%	
	Totale	2	100%	0,38%
PRESTAZIONI	6a - Tempo di attesa	50	23,36%	
	6b - Mancata prestazione	31	14,49%	
	6c - Inadeguatezza organizzativa	96	44,86%	
	6d - Percezione della qualità tecnico professionale	27	12,62%	
	6c1 - Rispetto orario	10	4,67%	
	Totale	214	100%	40,68%
RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA	8b - Tempi	12	80%	
	8c - Qualità (vedi requisiti cartella clinica)	3	20%	2,85%
	Totale	15	100%	
ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	4b - Sicurezza - 4d - Furti	14	41,18%	
	4c - Comfort (vitto, pulizie, arredi e attrezzature ecc.) - 4d - Non conformità	18	52,94%	
	4b - Sicurezza - 4d - Oggetti smarriti	2	5,88%	
	Totale	34	100%	6,46%
TOTALE		526		

Tabella 5.3 - Dati ufficio URP, 01.01.2023 – 31.12.2023, Istituto Nazionale Tumori Milano

		Reclami	Encomi	rilievi
INFORMAZIONE/ ORIENTAMENTO	1a - Logistica (spazi, segnaletica, percorsi)	1		1
	1b - Coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	1		20
	1c - Amministrativa (modulistica, ticket, orari, ecc.)			13
CONDIZIONI DELL'ACCESSO	2a - Accesso telefonico, web, mail, farmacie, MMG, PdL	5		41
COMUNICAZIONE E RELAZIONE	3a - Rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità sullo stato di salute)	26	97	60
	3b - Rapporto con l'azienda		2	
	3c - Consenso informato			
ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	4a - Barriere architettoniche			1
	4b - Sicurezza			3
	4c - Comfort (vitto, pulizie, arredi e attrezzature ecc.)	3		7
RISPETTO DEI DIRITTI	5a - Dati sensibili (codice privacy 196)	1		7
	5b - Rispetto altri diritti	1		5
PRESTAZIONI	6a - Tempo di attesa	17		36
	6b - Mancata prestazione	4		1
	6c - Inadeguatezza organizzativa	5		23
	6d - Percezione della qualità tecnico professionale	14	27	10
ASPETTI ECONOMICI	7a - Ticket errato e Impropri			3
	7b - Rimborsi	4		1
RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA	8a - Modalità	1		5
	8b - Tempi	1		13
	8c - Qualità (vedi requisiti cartella clinica)			11
ASSISTENZA FARMACEUTICA	10a - Distribuzione diretta	1		
INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO-SANITARI	11a - Rapporti con MMG e Pdf			3
VARIE	12 - Varie			3
TOTALE		86	126	267

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

5.5 Proposta di KPI

Sulla base dei dati analizzati, sono proposti sei KPI per monitorare l'efficienza dei processi di formazione dedicati agli aspetti di comunicazione medico-paziente:

- KPI-1- **Livello di efficacia della comunicazione percepita dal paziente**: il feedback del paziente sull'efficacia della comunicazione può fornire indicazioni sull'accessibilità delle informazioni, la chiarezza delle comunicazioni e in maniera più ampia la percezione del livello di adeguatezza comunicativa.
- KPI-2 **Conformità ai protocolli di comunicazione**: misurare il grado di conformità del personale sanitario ai protocolli di comunicazione e alle linee guida stabilite.
- KPI-3 **Sicurezza del paziente**: monitorare il numero di casi nei quali la sicurezza del paziente sia stata impattata negativamente da un processo di comunicazione non adeguato.
- KPI-4 **Focus formativo** in termini di:
 - tempo dedicato a livello annuale da parte di ogni professionista rispetto a temi di formazione sulla comunicazione.
 - Numero di operatori impattati dalla formazione, rispetto al totale della forza lavoro.
 - Risorse dedicate dall'ente per formare il personale sugli aspetti legati alla comunicazione [spesa media pro-capite].
 - Efficacia della formazione, attraverso la valutazione del livello di competenze comunicative del personale sanitario.
- KPI-5 **Numero di reclami**: monitorare il numero di reclami che si riferiscono ad aspetti di comunicazione medico-paziente e/o intra-ospedaliera.
- KPI-6 **Efficacia della comunicazione** percepita dai sanitari nel lavoro **di squadra** all'interno dell'aziende.

5.6 Linee Guida

Le linee guida proposte come *outcome* di questo studio sono costituite dall'applicazione di un **modello di governance** congiuntamente ad una serie di **step sequenziali**. Per la definizione della governance sono stati in primo luogo identificati degli attori di riferimento (*stakeholder*), quali:

- a. direzione strategica;
- b. Risk Manager;
- c. Qualità / Audit interno;
- d. Mediatori;
- e. Direzione del personale.

Un membro per ognuno degli stakeholder costituisce il **comitato guida** (*Steering Committee*).

La **Direzione strategica** assegna responsabilità (idealmente al Risk Manager) mediante individuazione e analisi delle criticità più o meno latenti presenti nell'organizzazione, prendendo consapevolezza della situazione attuale, grazie applicazione di un **Maturity Model** utile a rilevare il livello di maturità complessivo relativo al livello di formazione e governo rispetto alla Comunicazione sanitaria.

Per Maturity Model si intende un framework/modello che descrive i diversi livelli di maturità di un processo, di una funzione specifica, di un'organizzazione. Questa tipologia di approccio è comunemente utilizzata per valutare lo stato attuale di un'organizzazione e per identificare aree di miglioramento/progressione. Un Maturity Model è composto da diversi livelli di maturità, ognuno dei quali rappresenta un diverso grado di sviluppo o evoluzione.

Di fatto il Maturity Model può essere utilizzato per valutare il livello di maturità dei processi di formazione verso la comunicazione interna, identificare le aree di miglioramento e definire un piano di azione per migliorare continuamente il programma di formazione.

Il Maturity Model è proposto secondo questi cinque diversi stadi di maturità:

1. **Livello di consapevolezza:** in questo livello, l'azienda è consapevole dell'importanza della formazione per la comunicazione interna, ma non ha ancora implementato un programma strutturato.
2. **Livello di base:** in questo livello, l'azienda ha implementato un programma di formazione di base per la comunicazione interna, ma non ha ancora misurato l'efficacia del programma.
3. **Livello intermedio:** in questo livello, l'azienda ha implementato un programma di formazione strutturato per la comunicazione interna e ha iniziato a misurare l'efficacia del programma.
4. **Livello avanzato:** in questo livello, l'azienda ha implementato un programma di formazione avanzato per la comunicazione interna, ha misurato l'efficacia del programma e ha apportato modifiche per migliorare continuamente il programma.
5. **Livello di ottimizzazione:** in questo livello, l'azienda ha implementato un programma di formazione ottimizzato per la comunicazione interna, ha misurato l'efficacia del programma, ha apportato modifiche per migliorare continuamente il programma e ha integrato la formazione nella cultura aziendale.

Il **Risk Manager** definisce ruoli e obiettivi chiari: uno strumento già utilizzato e valido per valutare la qualità e traslabile per valutare la capacità di comunicazione in ambito sanitario, dovrebbe essere la struttura responsabile per la **Qualità / Audit interno**, che sarà chiamata a considerare:

- Processi di comunicazione interna: verifica dell'efficacia dei processi di comunicazione all'interno dell'organizzazione sanitaria, compresi protocolli di comunicazione tra il personale medico, infermieristico e amministrativo. Include l'analisi dei processi di comunicazione tra reparti, team multidisciplinari e tra diversi livelli gerarchici all'interno dell'organizzazione.
- Comunicazione con i pazienti: valutazione della qualità della comunicazione tra i professionisti sanitari e i pazienti. Riguarda la chiarezza delle informazioni fornite, l'empatia, la comprensione delle esigenze del paziente e la capacità di rispondere in modo appropriato alle domande e alle preoccupazioni dei pazienti.
- Documentazione e registrazione: esame dei documenti e dei registri relativi alla comunicazione sanitaria per garantire che siano accurati, completi e adeguati ai requisiti normativi e alle migliori pratiche di formazione e sviluppo.
- Valutazione dei programmi di formazione e sviluppo del personale sanitario relativi alle competenze di comunicazione: include la valutazione dei materiali didattici, dei corsi di formazione e dei feedback ricevuti dai professionisti sanitari sulle loro capacità di comunicazione.

Il Risk Manager e il responsabile dell'audit interno costituiscono un gruppo di lavoro che comprende la struttura dei **mediatori** e la **direzione del personale** che in base alle risultanze delle analisi precedenti, definiranno un catalogo formativo [interno – esterno] con formazione obbligatoria. Il modello di governance prevede la rilevazione annuale del livello di maturità mediante auditor interni [anche strutturando un questionario per il feedback paziente]. **Due volte l'anno** il gruppo di lavoro, presenta i risultati alla direzione strategica. Le linee guida per la gestione della formazione relativa alla comunicazione medico-paziente e intra-ospedaliero, è riassunta nei seguenti step:

1. **analisi dei bisogni**: il primo step è individuare i fabbisogni formativi, che si possono suddividere in tre categorie: conoscenze, abilità e atteggiamenti. Questa analisi può essere svolta attraverso interviste, questionari o osservazioni dirette del personale aziendale.
2. **Stabilire gli obiettivi**: dopo aver individuato i bisogni formativi, è necessario stabilire obiettivi formativi che si vogliono raggiungere. Gli obiettivi devono essere SMART [*Specific /Specifici, Measurable/Misurabili, Achievable/Raggiungibili, Relevant/Rilevanti e Time-bound/ Tempestivi*].
3. **Progettare i processi [in base al tipo di ente/ospedale]**: ove una mappa dei processi relativi alla formazione sulla comunicazione ancora non esistesse, sarà necessario strutturarla, valutando efficienze e problematiche emerse dalla fase di “analisi dei bisogni”.
4. **Applicare il modello di governance proposto** dal presente studio.
5. **Esecuzione delle attività** in base ai risultati del punto 4.
6. **Misurazione** i risultati tramite **KPI**: per valutare l'efficacia del processo formativo, è necessario misurare i risultati ottenuti applicando i KPI proposti [questo può essere fatto attraverso questionari di valutazione, osservazioni dirette o misurazioni delle performance].
7. **Ottimizzazione**: dopo aver misurato i risultati, si dovranno apportare le modifiche necessarie per migliorare ulteriormente il processo formativo. Queste modifiche possono riguardare la durata dei corsi, il formato dei materiali didattici, le modalità di valutazione o la frequenza delle sessioni formative, ecc.

5.7 La proposta di progettualità, fasi e tempistiche per l'applicazione

Sulla base di quanto emerso dalla survey utilizzata in questo studio, dai dati URP e confermato della ricca letteratura presentata, si è sviluppata la seconda parte del progetto che ha come obiettivo la descrizione della proposta di progettualità, fasi e tempistiche per l'applicazione delle linee guida identificate al punto precedente.

La seguente proposta si basa sul riconoscimento che un miglioramento della comunicazione ha una funzione di prevenzione primaria, con una potenziale riduzione dei rischi clinici e di conflitti, oltre ai benefici per i pazienti e per il personale sanitario, e che l'attività di Risk Management [gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio] ha queste funzioni di prevenzione, protezione e sicurezza e inoltre collabora con il Gruppo di Ascolto e Mediazione dei Conflitti che a sua volta si rapporta con le strutture che operano nell'ambito dei settori della Qualità, URP, Comitato di Valutazione Sinistri (CVS), e uffici legali.

Sotto l'egida del Risk Management il gruppo di mediazione già previsto in tutte le aziende in Regione Lombardia, delibera n. 600 del 18/08/2010, «agisce con lo scopo:

- di offrire la possibilità ai cittadini/pazienti e ai professionisti di essere accolti e ascoltati nelle situazioni di conflitto.
- Risolvere quell'ostilità, diffidenza e spirito di rivalsa che impediscono spesso una soluzione concordata della vicenda: l'intervento di ascolto e mediazione è una possibile risorsa come passaggio propedeutico a conciliazioni e negoziazioni risarcitorie (altrimenti difficilmente accettabili da parte del cittadino) grazie all'effetto di de-escalation dell'atteggiamento conflittuale.
- Recuperare, ridurre o evitare eventuali perdite che subiscono gli enti in termini di immagine aziendale».

Da qui la proposta di integrare la funzione di prevenzione primaria alla funzione descritta di intervento nelle situazioni che hanno già raggiunto un livello di criticità da dover essere segnalate e seguite con un percorso dedicato e oneroso in termini di professionisti impegnati e di tempo, oltre a presentare un tasso di insuccesso legato al momento tardivo dell'intervento.

L'idea di potere aggiungere una funzione di prevenzione primaria [conflitti personale sanitario-popolazione, interprofessionale, intra-professionale] oltre a quella di terziaria, può aumentare l'utilità e l'efficienza di questi gruppi di mediatori [mediatore 2.0], riconoscendogli un ruolo attivo nella prevenzione del rischio e andando incontro a quel vissuto dei mediatori per cui spesso si percepisce [oltre il dato di letteratura] che si potrebbero evitare tanti conflitti con una azione immediata e corretta che può nascere solo dalla cultura diffusa tra il personale sanitario di una comunicazione corretta ed efficace.

Con questa visione il profilo professionale dei mediatori viene valorizzato e potenziato.

Valutata la possibilità istituzionale di poter potenziare il ruolo del gruppo dei mediatori, la proposta è di implementare le competenze dei mediatori in modo che possano essere referenti e propulsori di una attività di formazione nell'ambito della comunicazione nelle proprie strutture di riferimento.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

Nella Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024 di Regione Lombardia, DG Welfare [punti 10 e 11] che richiamano la Delibera XII/1827 del 31.01.2024 [allegato 4, punti 4.6.0.7 e 8], viene proprio indicato: «promuovere a livello aziendale specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori [...]. A tal fine con decreto DG Welfare n.20 dell'8.1.2024 è stato ricostituito il gruppo di lavoro regionale che promuoverà attività per rinforzare la rete dei mediatori». Inoltre, viene scritto che «si dovrà assicurare la partecipazione ai Network ed agli eventi formativi organizzati in collaborazione con Polis Lombardia - Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo – che riguarderanno: [...] gestione del rischio e aspetti legali/medico legali, Ascolto e mediazione dei conflitti, Applicativo regionale incident reporting, ICA, rischio in ambito sociosanitario. Si ricorda che è possibile collaborare all'organizzazione dei Network proponendo la presentazione di Buone pratiche aziendali [...]»

Il percorso formativo dei Mediatori che prevede già dei corsi strutturati regionali Polis Lombardia - Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, andrebbe analizzato in modo da potere implementare gli aspetti utili a creare delle figure non solo riferimento in ambito di mediazione/ascolto ma anche in un più ampio ambito comunicativo.

Una volta ricevuta questa formazione i diversi Mediatori nelle proprie strutture di appartenenza dovrebbero proporre dei processi di miglioramento in ambito comunicativo ad hoc per ogni tipo di reparto oggetto di intervento, diventerebbero responsabili della strutturazione di percorsi di formazioni da diffondere capillarmente per ogni unità operativa, individuando tempi e modi e adattando quando possibile la formazione all'ambito specifico dell'unità operativa.

Questo processo è possibile conoscendo e utilizzando le risorse disponibili nelle strutture di appartenenza, pertanto in concerto con lo Steering Committee già descritto [direzione strategica, Risk Management, Qualità / Audit interno, direzione personale] e con l'eventuale supporto di Unità Operative di Psicologia, strutture di Formazione Aziendale e Comunicazione.

Le tecniche da utilizzare per diffondere la cultura della comunicazione nelle Aziende Sanitarie saranno proposte durante la formazione centrale di Polis - Regione Lombardia. L'idea è che questa formazione aziendale debba essere obbligatoria, strutturata, monitorabile e monitorata.

Il suggerimento è che la formazione capillare nelle diverse Unità Operative venga preceduta da una indagine attraverso questionari e/o osservazione diretta delle attività in modo da poter indirizzare la formazione sulle possibili criticità evidenziate oltre alle peculiarità di ogni attività sanitaria [es. urgenza, chirurgia, ricerca, ecc.]. Si crede, in base alla letteratura, che una formazione in presenza in corsi di almeno due giorni, possa permettere una maggior consapevolezza e risultati superiori con possibilità di richiami a 6-12-24 mesi.

La programmazione nelle diverse unità operative dovrebbe seguire un ordine di priorità in base a indicazioni risk management: URP, richieste risarcimenti, altri riscontri [partire da unità con maggior reclami e richieste risarcimenti].

Pertanto, proponiamo i seguenti indicatori:

- soddisfazione e benessere paziente [questionari];

- soddisfazione e benessere medici [questionari ME-Co];
- riduzione dei reclami, riscontri e interventi mediazione/ascolto [URP];
- riduzione richieste risarcimento [con i dati in nostro possesso l'indicatore non è ancora definibile, ma potrà esserlo durante la fase di studio pilota del progetto].

Il Gruppo di Mediatori/referenti per la comunicazione manterrà la possibilità di intervenire quando richiesto nelle diverse unità operative in caso di casi complessi e/o critici, come sarebbe già mandato dei mediatori, con il beneficio di una maggior consapevolezza da parte del personale sanitario della presenza di queste figure e della loro importanza.

Di contro l'impegno di tempo dei mediatori 2.0 potrebbe aumentare; quindi, si suggerisce di aumentare il numero dei mediatori per Azienda, comunque considerando il maggior impegno valutare la necessità di eventuali sostituzioni, utilizzando le risorse aziendali [ad esempio Unità Psicologia - Risk Management] per individuare le figure più idonee.

Per la messa a punto degli interventi abbiamo individuato la possibilità di un intervento esplorativo nelle due strutture di riferimento dei proponenti di questo project work con lo studio e l'ottimizzazione del percorso e la definizione di linee guida.

Con la formazione e lo sviluppo di una cultura diffusa della comunicazione si crea la consapevolezza dell'importanza e del ruolo che questa ha, rivelandone l'impatto nella quotidianità delle attività sanitarie. Si interviene trasversalmente alla base di tutti i processi di interazione medico-paziente, tra operatori sanitari, tra differenti Unità Operative e con le amministrazioni, con impatto positivo sui benefici clinici e soddisfazione dei pazienti, riduzione del rischio di errori e conflitti, benessere del personale sanitario.

Questo progetto permette di andare a intercettare una esigenza confermata dalla nostra survey, utilizzando risorse già presenti e ottimizzandone la funzione. Creando un sistema riproducibile e monitorabile. Confermata la sua applicabilità potrebbe rappresentare una soluzione innovativa da suggerire in altri sistemi sanitari, alcuni dei quali hanno già risorse sovrapponibili.

5.7.1 Tempi:

L'attuazione della progettualità pilota prevede sedici mesi di *elapsed* progettuale, così suddivisi:

- identificazione struttura pilota e *project preparation*: 2 mesi
- set up della governance e analisi dei fabbisogni: 2 mesi
- esecuzione operativa e monitoraggio: 12 mesi

Al termine del sedicesimo mese la fase pilota si considererà conclusa ed i risultati saranno utilizzati per le attività di modellizzazione e *roll out* a livello regionale.

6. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE

In questo capitolo, esploreremo l'ipotesi dei costi associati all'implementazione e alla realizzazione di un progetto pilota che prevede l'applicazione delle linee guida e attivazione della governance proposta per la gestione della formazione afferente alla comunicazione medico-paziente e intra-ospedaliero.

I costi possono variare a seconda della portata del progetto, il numero di strutture dipartimentali semplici e/o complesse coinvolte, il livello di maturità dell'ente, la disponibilità di risorse interne / esterne [in termini di consulenti, corsi di formazione, disponibilità di sistemi informativi a supporto, ecc.] della complessità delle attività previste in base alle necessità dell'organizzazione pilota.

Tuttavia, in base ad una interrogazione non impegnativa rivolta verso alcune primarie organizzazioni attive nel mondo della consulenza, è ipotizzabile che il supporto per la fase pilota sia gestibile con un budget identificato in una fascia tra 150.000 € e 200.000 € considerando le seguenti assunzioni:

- si presuppone l'identificazione di una struttura pilota avente un numero di utenti oggetto della formazione compreso tra i 100 e 150 unità di cui il personale medico è rappresenta almeno il 70%.
- Le risorse della governance del progetto pilota sono identificate e assegnate dalla direzione strategica.
- La formazione segue un approccio *train the trainer* [ovvero si formano coloro che saranno a loro volta i formatori].
- Saranno previsti corsi di formazione anche fruibili attraverso sistemi informatici con modalità di accesso in remoto.
- La gestione dell'eventuale ingaggio dei fornitori esterni qualificati e loro contrattualizzazione è gestita con risorse interne.
- Non sono previste spese di trasferta.

Le principali attività che contribuiscono a queste voci di costo sono le seguenti:

- **Governance**
I costi relativi alla gestione manageriale del progetto.
- **Costi di Analisi**
I costi di Analisi comprendono le attività di predisposizione, progettazione e sviluppo della formazione. Questi costi possono includere:
 - analisi dei bisogni formativi: analisi del contesto attuale, dei bisogni formativi e delle competenze richieste per una comunicazione efficace tra medici e pazienti
 - progettazione: progettazione dei corsi, tenendo conto delle migliori pratiche e delle esigenze delle istituzioni sanitarie
 - sviluppo di materiali formativi: creazione di materiali didattici, come guide, manuali, moduli di e-learning e altri supporti didattici.

– **Costi di Implementazione**

I costi di implementazione riguardano la fase di attuazione delle linee guida e la fornitura della formazione nelle istituzioni sanitarie. Questi costi possono includere:

- formazione degli istruttori: formazione degli istruttori che condurranno la formazione nelle istituzioni sanitarie.
- Implementazione della formazione: implementazione della formazione nelle istituzioni sanitarie, che può includere l'utilizzo di strutture, attrezzature e personale aggiuntivo.
- Monitoraggio e valutazione: monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione e delle linee guida, che possono richiedere l'utilizzo di strumenti di valutazione e la raccolta di feedback dai partecipanti.

– **Costi di Manutenzione**

I costi di manutenzione riguardano la fase di aggiornamento e manutenzione delle linee guida e dei materiali formativi. Questi costi possono includere:

- aggiornamento delle linee guida: aggiornamento delle linee guida in base ai cambiamenti nelle migliori pratiche e nei requisiti normativi.
- Manutenzione dei materiali formativi: manutenzione e aggiornamento dei materiali didattici, per garantire che siano sempre aggiornati e pertinenti.
- Supporto tecnico: supporto tecnico per la risoluzione di problemi tecnici o di altro tipo relativi alla formazione e alle linee guida.

– **Costi di Comunicazione e Diffusione**

I costi di comunicazione e diffusione riguardano la promozione e la diffusione delle linee guida e della formazione presso tutte le strutture sanitarie e altri stakeholder dell'ente pilota. Questi costi possono includere:

- comunicazione istituzionale: comunicazione istituzionale, come la creazione di materiali promozionali, la pubblicazione di comunicati stampa e la partecipazione a eventi
- diffusione delle linee guida: diffusione delle linee guida presso le istituzioni sanitarie, che può includere l'organizzazione di workshop, seminari e altri eventi formativi
- supporto agli utenti: supporto agli utenti, come la creazione di un servizio supporto ai partecipanti alla formazione.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

7. RISULTATI ATTESI

Principali benefici attesi:

- una migliore relazione medico-paziente
- maggiore aderenza alle terapie
- maggiore soddisfazione dei pazienti
- riduzione degli errori
- riduzione dei reclami
- riduzione dei conflitti
- migliore compliance
- maggiore efficacia nella condivisione delle informazioni cliniche
- maggior garanzia di ottemperare alle leggi e norme vigenti e maggior sicurezza dei pazienti;
- significativo *cost-saving* sul TCO [*Total Cost of Ownership*], ovvero il costo totale di gestione
- una migliore relazione dei componenti del team.

Rispetto ai risultati emersi nella survey utilizzata per identificare le aree di miglioramento, grazie all'applicazione di questo progetto, ci si attende un sostanziale miglioramento della qualità e dello stato di prontezza delle strutture sanitarie, rispetto alla gestione della comunicazione medico-paziente, in linea con quanto previsto dagli obiettivi strategici.

Questo prevede una revisione dei programmi di formazione esistenti, applicando le guideline proposte. Saranno identificate le competenze chiave necessarie per una comunicazione efficace e sarà anche sviluppato un riferimento di curriculum formativo su misura per garantire l'acquisizione delle competenze necessarie. Il programma di formazione potrà essere implementato in diverse istituzioni sanitarie e i risultati sono stati estremamente positivi.

Questo progetto permette di intercettare un'esigenza confermata dalla survey di questo studio, utilizzando risorse già presenti e ottimizzandone la funzione, creando un sistema riproducibile e monitorabile.

Confermata la sua applicabilità, potrebbe rappresentare una soluzione innovativa da adottare in altri sistemi sanitari regionali, alcuni dei quali hanno già risorse sovrapponibili, se non addirittura a livello nazionale.

8. CONCLUSIONI

Attraverso questo progetto abbiamo evidenziato l'urgenza e l'importanza di un'efficace gestione della comunicazione nel settore sanitario. L'implementazione di un percorso formativo strutturato e standardizzato potrebbe portare a significativi miglioramenti nei servizi sanitari e nella soddisfazione dei pazienti, contribuendo così a promuovere una cultura della comunicazione aperta ed efficace in tutte le istituzioni sanitarie. La comunicazione nel settore sanitario è un aspetto cruciale che richiede un'attenzione particolare.

Attraverso un'analisi dettagliata, abbiamo evidenziato la complessità di questo processo e l'importanza di acquisire competenze comunicative specifiche attraverso percorsi formativi dedicati. È emerso chiaramente che affidarsi esclusivamente a procedure comunicative innate o ad atteggiamenti personali non è sufficiente per garantire una comunicazione efficace in contesti così delicati.

Una delle principali lacune che abbiamo identificato riguarda la mancanza di formazione e monitoraggio sistematico dei processi di comunicazione medico-paziente e intra-ospedaliera. Nonostante l'importanza cruciale di una gestione corretta della comunicazione in ambito sanitario, non sono stati istituiti percorsi formativi obbligatori né sono stati messi in atto meccanismi di controllo. La raccolta di feedback da parte di professionisti medici e pazienti ha confermato l'urgenza di un miglioramento significativo nella comunicazione. Questo miglioramento non solo porterebbe a una maggiore comprensione e adesione da parte dei pazienti, ma potrebbe anche contribuire a ridurre le situazioni di mancata comunicazione che possono compromettere la qualità delle cure.

Per affrontare questa sfida in modo efficace, proponiamo l'implementazione di un percorso formativo strutturato e standardizzato, con una modalità *plug & play* che consenta una rapida estensione anche a livello nazionale. Questo percorso, sperimentato in una struttura pilota e successivamente adottato su larga scala, potrebbe portare a ulteriori miglioramenti nei processi di comunicazione sanitaria.

Inoltre, riteniamo importante capitalizzare risorse già presenti nel sistema sanitario. Ad esempio, iniziative come il Gruppo di Ascolto e Mediazione Trasformativa dei Conflitti possono essere integrate per sostenere l'implementazione del percorso formativo proposto; utilizzare la rete di formazione [ad esempio anche le risorse legate a Polis Lombardia - Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo].

In conclusione, attraverso questo progetto abbiamo evidenziato l'urgenza e l'importanza di un'efficace gestione della comunicazione nel settore sanitario.

L'implementazione di un percorso formativo strutturato e standardizzato potrebbe portare a significativi miglioramenti nei servizi sanitari e nella soddisfazione dei pazienti, contribuendo così a promuovere una cultura della comunicazione aperta ed efficace in tutte le istituzioni sanitarie.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

La comunicazione nel settore sanitario è complessa e richiede la considerazione attenta di vari fattori e situazioni. Non è sufficiente affidarsi a procedure comunicative innate o ad atteggiamenti personali, ma è necessario acquisire abilità comunicative precise attraverso specifici percorsi formativi. Questi percorsi non solo insegnano le tecniche, ma anche come applicarle nei contesti e nelle situazioni temporali e contingenti.

Sviluppare solide competenze comunicative da utilizzare sia nelle attività di routine che in situazioni ad alto stress è essenziale.

Il feedback raccolto da parte dei professionisti medici e dei pazienti ha indicato l'impellente necessità di ottenere un miglioramento significativo nella comunicazione, portando a una maggiore comprensione, una maggiore adesione da parte dei pazienti e una riduzione delle situazioni di mancata comunicazione.

L'identificazione di archetipi di riferimento relativi alla governance del processo di formazione medico-paziente / intra-ospedaliero con una modalità *plug & play* permetterà di essere predisposta, considerando le regole, processi e azioni di monitoraggio, in tutte le strutture dopo un periodo di messa a punto del percorso in strutture pilota.

Grazie all'applicazione delle guideline proposte, la prima fase riguarderà l'identificazione di una struttura/ente pilota per verificarne l'applicabilità e l'efficacia sul campo, per poi procedere con un'adozione su larga scala.

Saranno possibili importanti sinergie per capitalizzare una parte degli sforzi di innovazione e trasformazione già in atto nel nostro sistema sanitario. Più nello specifico nell'ambito del Risk Management, presso tutte le strutture pubbliche in Regione Lombardia, è stata promossa la creazione di un Gruppo di Ascolto e Mediazione Trasformativa dei Conflitti, che ha diversi obiettivi nell'ambito della gestione dei conflitti volta allo sviluppo di una cultura della mediazione attraverso percorsi formativi specifici. Considerando il mandato di questo Gruppo e i percorsi di formazione già in essere, la proposta è di fornire le competenze aggiuntive e gli strumenti di azione, abilitando nuovi percorsi di formazione all'interno delle diverse strutture, in modo da poter supportare la creazione di una cultura della comunicazione che possa mitigare rischi e contenziosi con impatto positivo anche sul benessere lavorativo.

La formazione in comunicazione per il personale medico e sanitario è cruciale, poiché i concetti e le definizioni di comunicazione non sono fissi e definitivi. Di conseguenza, la comunicazione dei professionisti, soprattutto verso il pubblico generale, necessita di una competenza e una preparazione proprie dei professionisti della comunicazione. Pertanto, è necessario sviluppare attività formative sui vari aspetti della comunicazione per creare una rete di professionisti competenti che possano diffondere correttamente le conoscenze sulla comunicazione utilizzando un linguaggio comune e accessibile a tutti.

Nell'interazione tra medici e professionisti della salute con i pazienti, un'adeguata condivisione delle informazioni è fondamentale per garantire un processo di prevenzione, diagnosi e cura appropriato.

Questo scambio di informazioni ha un impatto diretto sulla qualità delle cure fornite e sul livello di adesione del paziente al trattamento.

Una comunicazione appropriata al personale sanitario può influenzare direttamente la prognosi dei pazienti, poiché svolge tre funzioni vitali: la trasmissione di informazioni, il riconoscimento delle emozioni del paziente e il raggiungimento di obiettivi preventivi, diagnostici e terapeutici. Inoltre, la formazione dovrebbe sottolineare l'importanza dell'attività di consulenza svolta da altri professionisti sanitari, che forniscono assistenza a individui che si confrontano con situazioni difficili e problematiche, aiutandoli a identificare le azioni da intraprendere per gestire al meglio le diverse fasi della vita biologica, psicologica e sociale.

Per quanto sopra, la formazione del personale medico e sanitario dovrebbe sottolineare l'importanza di una conoscenza che faciliti la cura della persona e promuova l'empatia e la solidarietà nei confronti delle problematiche specifiche. Una comunicazione efficace con il personale può renderli più consapevoli e attenti, permettendo loro di fornire informazioni più accurate ai pazienti e influenzare direttamente l'atteggiamento verso comportamenti e stili di vita adeguati per prevenire le malattie e garantire risultati clinici più efficaci.

I risultati di questo project work hanno come elemento cardine l'analisi di dati raccolti da una survey condotta coinvolgendo 60 professionisti di diversi enti/istituti ospedalieri sul territorio italiano con una vasta gamma di feedback.

Questa partecipazione ha permesso di ottenere una prospettiva ricca e diversificata sullo stato attuale della comunicazione sanitaria e medico-paziente. Si è confermata la mancanza di formazione e la percezione che sia un aspetto importante in sanità con implicazioni sugli esiti, oltre la necessità di un intervento strutturato di implementazione di queste competenze.

Complessivamente, il progetto ha dimostrato il potenziale per miglioramenti significativi nei servizi sanitari attraverso programmi di formazione mirati alla comunicazione.

Promuovendo una cultura di comunicazione aperta ed efficace, le istituzioni sanitarie possono non solo migliorare la soddisfazione e i risultati dei pazienti, ma anche favorire un ambiente di lavoro positivo per i professionisti medici. Le conclusioni e le raccomandazioni del progetto possono costituire una risorsa preziosa per le istituzioni sanitarie che desiderano migliorare i loro processi di comunicazione e fornire cure di alta qualità ai propri pazienti.

Inoltre, il progetto ha evidenziato l'importanza dell'apprendimento continuo e la necessità di aggiornamenti regolari dei programmi di formazione per riflettere i cambiamenti nelle migliori pratiche di comunicazione e nei requisiti normativi.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

In sintesi, l'implementazione e la realizzazione di un progetto per la definizione delle linee guida per la gestione della formazione per la comunicazione medico-paziente investendo in formazione efficace e in linee guida aggiornate può portare a importanti benefici per le istituzioni sanitarie, i professionisti medici e, soprattutto, i pazienti. Il progetto mira a migliorare i processi di comunicazione tra professionisti medici e pazienti, al fine di potenziare la qualità complessiva dei servizi sanitari e la soddisfazione dei pazienti.

Con i miglioramenti attesi si renderà evidente la funzione di prevenzione primaria della nostra proposta, permettendo una riduzione degli errori, dei reclami, delle situazioni di conflitto e delle richieste di risarcimento.

Guardando al futuro, con l'avvento dell'Intelligenza Artificiale e lo sviluppo tecnologico in atto, diventa ancora più evidente l'importanza della comunicazione emotiva e interpersonale nel contesto sanitario. È quindi essenziale investire in percorsi formativi che sviluppino competenze comunicative avanzate per affrontare le sfide che il futuro potrebbe portare.

9. CONTRIBUTO PERSONALE

Entrambi gli autori hanno collaborato condividendo l'ideazione e concezione del progetto.

Il lavoro di gruppo ha assunto la logica della leadership condivisa al fine di consentire l'apporto di entrambi gli autori valorizzando le caratteristiche e le esperienze scientifiche maturate.

La dr.ssa Roberta Ruggeri ha maggiormente curato la parte formale dell'elaborato e l'analisi dei risultati della survey. Il dr Stefano Costa ha provveduto alla creazione della survey on-line e stesura della bibliografia.

Nella stesura del progetto c'è stata una continua condivisione di tutti i passaggi e decisioni del caso.

« *Basta una frase* »

L'importanza della comunicazione efficace nella relazione medico-paziente e interprofessionale nel team sanitario

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

Allegato A deliberazione n. 600 di Regione Lombardia del 18 agosto 2010 in materia di “Indirizzi Operativi per l'implementazione dell'attività di Ascolto e Mediazione dei conflitti nelle Aziende Ospedaliere di Regione Lombardia”.

Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024 di Regione Lombardia, DG Welfare. Deliberazione n. XII/1827 di Regione Lombardia del 31 gennaio 2024 in materia di” determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del ssr per l’anno 2024” [allegato 4, Polo Ospedaliero].

Decreto Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 20 dell’8 gennaio 2024 in materia di” Costituzione del gruppo ristretto regionale di ascolto e mediazione trasformativa dei conflitti”.

11. BIBLIOGRAFIA

- Ammentorp J. et al. (2007), "The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy", *Patient Educ Couns*, n. 66, pp. 270-7.
- Ang W.C., Swain N., Gale C. (2013), "Evaluating communication in healthcare: Systematic review and analysis of suitable communication scales", *Journal of Communication in Healthcare*, n. 4 (6).
- Attree M. (2001), "Patients' and relatives experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care", *J Adv Nurs*, n. 33, pp. 456-66.
- Axboe MK et al. (2016), "Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professional", *BMC Med Educ*, n. 16(1), pp. 272.
- Bandura A. (1977), "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change", *Psychol Rev.*; 84:191-215.
- Barrows H. S. (1993), "An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills", *Academic Medicine*, n. 68(6), pp. 443-51.
- Barth J., Lannen P. (2011), "Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis", *Ann Oncol*, n. 22, pp. 1030-40.
- Bokken et al. (2009), "Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: a systematic review of the literature", *Medical Education*, n. 43(3), pp. 202-210.
- Brighton LJ et al. (2017), "A systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: research quality and reporting guidance", *J Pain Symptom Manag*, n. 54, pp. 417-25.
- Butts JB. (2001), "Outcomes of comfort touch in institutionalized elderly female residents", *Geriatr Nurs*, n. 22(4), pp.180-4.
- Capone V. (2022), "Medical Communication Perceived Self-Efficacy (ME-CO) Scale: Construction and Validation of a New Measuring Instrument from a Socio-Cognitive Perspective", *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.*, n. 12, pp. 765-780.
- Capone V., Marino L., Donizzetti A.R. (2020), "The English Version of the Health Profession Communication Collective Efficacy Scale (HPCCE Scale) by Capone and Petrillo. Vincenza Capone, 2012", *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.*, n. 10, pp. 1065-1079.
- Carpac-Claver ML, Levy-Storms L. (2007), "In a manner of speaking: communication between nurse aides and older adults in long-term care settings", *Health Commun*, n. 22(1), pp. 59-67.
- Cegala DJ, Broz SL. (2002), "Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills", *Med Educ*, n. 36, pp. 1004-16.
- ChungH-O et al. (2016), "Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis", *BMC Medical Education*, n. 16 (131).
- Connolly M et al. (2014), "The impact of the SAGE & THYME foundation level workshop on factors influencing communication skills in health care professionals", *J Contin Educ Health Prof*, n. 34, pp. 37-46.
- Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A. (2013), "Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review", *Br J Gen Pract*, n. 63, pp. 76-84.
- Deveugele M. (2015), "Communication training: skills and beyond", *Patient Educ Couns*, n. 98(10), pp. 1287-91.

- Di Blasi Z., Harkness E., Ernst E, Georgiou A. and Kleijnen J. (2001), "Influence of context effects on health outcomes: a systematic review", *Lancet*, n. 357, pp. 757–762.
- Ditton-Phare P. et al. (2017), "Communication skills in the training of psychiatrists: a systematic review of current approaches", *Aust New Zeal J Psychiatry*, n. 51, pp. 675–92.
- Doyle C., Lennox L., Bell D. (2013), "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness", *BMJ Open*, 3 (1).
- Doyle D. et al. (2011), "A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance", *Patient Educ Couns*, n. 82, pp. 100-9.
- Dwamena et al. (2012), "Interventions for providers to promote a patient- centred approach in clinical consultations", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12 (12).
- Flin R. et al. (2003), "Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety", *Anaesthesia*, n. 58(3), pp. 233-42.
- Fujimori M. et al. (2014), "Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial", *J Clin Oncol*, n. 32, pp. 2166-72.
- Gale C. et al. (2009), "Patient aggression perceived by community support workers", *Australas Psychiatry*, n. 17(6), pp. 497–501.
- Gilbert DA., Hayes E. (2009), "Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners", *Nurs Res*, n. 58(4), pp. 283–93.
- Griffin SJ. et al. (2004), "Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials", *Ann Fam Med*, n. 2(6), pp. 595–608.
- Ha JF., Longnecker N. (2010), "Doctor–patient communication: a review", *Ochsner J*, n. 10(1), pp. 38–43.
- Haskard KB. et al. (2008), "Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction", *Health Psychol*, n. 27, pp. 513–22.
- Hojat M. et al (2011), " Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients", *Acad Med*, n. 86, pp. 359–364.
- Howick J. et al. (2018), "Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis", *Journal of the Royal Society of Medicine*, n. 111(7), pp. 240–252.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005), "The Joint Commission guide to improving staff communication", Oakbrook Terrace (IL), Joint Commission Resources.
- Karger A. et al. (2017), "Communication skills trainings: subjective appraisal of physicians from five cancer centres in North Rhine", *Germany Oncol Res Treat*, n. 40, pp. 496–501.
- Kiosses VN., Karathanos VT., Tasioni A. (2016), "Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs", *J Compassionate Health Care*, n. 3.
- Kissane DW et al. (2012), "Communication skills training for oncology professionals", *J Clin Oncol*, n. 30, pp. 1242–7.
- Levinson W., Roter D. (1993), "The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians", *J Gen Intern Med*, n. 8, pp. 318-24.
- Levy-Storms L. et al. (2011), "Individualized care in practice: communication strategies of nursing aides and residents in nursing homes", *J Appl Communication Res*, n. 39(3), pp. 271–89.

- Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, editors. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, (2000), "To err is human: building a safer health system", Washington (DC), National Academy Press (US).
- Liu JE et al. (2007), "Evaluation of an integrated communication skills training program for nurses in cancer care in Beijing, China", *Nurs Res*; n. 56(3), pp. 202-9.
- Lord L., Clark-Carter D., Grove A. (2016), "The effectiveness of communication skills training interventions in end-of-life non cancer care in acute hospital-based services: a systematic review" *Palliat Support Care*, n. 14, pp. 433-44.
- Mackay J., Hannah A., Gale C. (2009), "Medical students' experiences of patient aggression and communication style", *Australas Psychiatry*, n. 17, pp. 59-60.
- Maguire P. (2002), "Key communication skills and how to acquire them", *BMJ*, n. 325, pp. 697-700.
- Mata ÁNS et al. (2021), "Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review", *Human Resources for Health*, n. 19 (30).
- Mercer SW and Reynolds WJ. (2002), "Empathy and quality of care", *Br J Gen Pract*, n. 52(Suppl), pp. S9-S12.
- Moore PJ., Adler NE., Robertson PA. (2000), "Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions", *West J Med*, n. 173, pp. 244-250.
- Moore PM et al. (2018), "Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer", *Cochrane Database of Systematic Reviews*; n. 7 (7).
- Nawathe P. A., Herrington A. (2024), "Enhancing healthcare communication education: Standardised patient programmes", *Indian Journal of Anaesthesia*, n. 68(1).
- O'Daniel M., Rosenstein A.H. (2008), "Professional Communication and Team Collaboration", *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 2*, Chapter 33, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Olsson L-E. et al (2013), "Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review", *J Clin Nurs*, n.22, pp. 456-65.
- Parle M., Maguire P, Heaven C. (1997), "The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients", *Soc Sci Med*, n. 44, pp. 231-40.
- Pehrson C. et al. (2016), "Responding empathically to patients: development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses", *Patient Educ Couns*, n. 99, pp. 610-6.
- Pilnick et al. (2018), "Using conversation analysis to inform role play and simulated interaction in communications skills training for healthcare professionals: identifying avenues for further development through a scoping review", *BMC Medical Education*, n. 18 (267).
- Rønning SB, Bjørkly S. (2019), "The use of clinical role-play and reflection in learning therapeutic communication skills in mental health education: an integrative review", *Adv Med Educ Pract*, n. 10, pp. 415-25.
- Roter D .et al. (1998), "The effects of a continuing medical education programme in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago" *Med Educ*, n. 32(2), pp. 181-9.
- Rudolph et al. (2008), "Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education", *Academic Emergency Medicine*, n. 15(11), pp. 1010-1016.

- Samer H., Sharkiya. (2023), "Quality communication can improve patient- centred health outcomes among older patients: a rapid review", *BMC Health Services Research*, n. 23 (886).
- Sany SBT et al. (2018), "Health providers' communication skills training", *Med Teach*, n. 40(2), pp. 154-163.
- Schmitt MH, Janosik EH Phipps LB (1982), "Working together in health care teams", *Life cycle group work in nursing*, Monterey (CA), Wadsworth Health Sciences Division, p. 179-98.
- Skär L, Söderberg S. (2018), "Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication", *Nurs Open*, n. 5, pp. 224–32.
- Van Dulmen AM, Holl RA. (2000), "Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills", *Eur J Pediatr*, n. 159(7), pp. 489-95.
- Van't Jagt et al. (2016), "Development of a communication intervention for older adults with limited health literacy: photo stories to support doctor–patient communication", *J Health Communication*, n. 21(sup2), pp. 69–82.
- Vermani M, Marcus M, Katzman MA. (2011), "Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study", *Primary Care Companion for CNS Disorders*, n. 13 (2), pp. e1–e10.
- Wallace P., Murray E. (2006), "Training to improve communication in doctor–patient interactions in cancer care: a systematic review", *Patient education and counseling*, n. 60(3), pp. 202-210.
- Walters JAE et al. (2012), "Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary disease with telephone health-mentoring: insights from a qualitative study", *BMC Family Practice*, n. 13(55).
- Wanko Keutchafo EL, Kerr J, Baloyi OB. (2022), "A model for effective nonverbal communication between nurses and older patients: a grounded theory inquiry", *Healthcare*, n. 10 (11).
- Zimmermann C et al. (2011), "Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES)", *Patient Educ Couns*, n. 82, pp. 141–8.
- Zolnieriek KB., Dimatteo MR. (2009), "Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis", *Med Care*, n. 47, pp. 826–834.

12. SITOGRAFIA

EUSurvey disponibile su < <https://ec.europa.eu/eusurvey/> > Progettato dalla DG DIGIT e finanziato dal [programma ISA²](#), EUSurvey è completamente open-source e pubblicato su licenza [EUPL](#). Il codice sorgente può essere scaricato da GitHub: < <https://github.com/EUSurvey/EUSURVEY/tree/develop> > [Data di ultimo accesso 07/04/2024].

Andrew McDonald (2016) *The Long and Winding Road*. Disponibile su <<https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/campaigns/the-long-and-winding-road.pdf>> [Data di accesso: 05/04/2024].

Improving communication between health care professionals and patients in the NHS in England. Findings of a systematic evidence review and recommendations for an action plan – 2020-2021. Disponibile su < <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/07/SQW-NHS-England-Improving-communications-report-30June.pdf>> [Data di accesso: 05/04/2024].

<<https://www.sqw.co.uk>> [Data di accesso: 05/04/2024].

