Valutazione della Comunicazione in oncologia

Progetto CCM – Ministero Salute

CON FINE

Anna DE SANTI - *Istituto Superiore di Sanità*

Frase di apertura del prof morosini nella presentazione del manuale…

Parlare difficile esercita attrazione solo agli imbecilli *Flaiano*

da “un altro giro di giostra” Tiziano Terzani

….“I*nfilato dentro a un tubo dalle luci fosforescenti in cui, con un rumore di tempesta, venivo spinto avanti e indietro, disteso su uno stretto lettino, con la raccomandazione di trattenere il fiato il più a lungo possibile. Il tutto per scoprire cosa non andava dentro di me..Il medico che nel corso di uno di questi esami scoprì il mio terzo cancro, e alla cui accortezza debbo certo un supplemento di vita, so che era una donna e che aveva i capelli rossi, ma non potei nè ringraziarla, nè darle un soprannome perché io quella non la vidi mai…”.*

Il medico vede il male e il paziente sente un dolore. Sono due cose diverse.

UMBERTO GALIMBERTI

1. I modelli comunicativi della relazione medico paziente sono cambiati nel tempo =

da paternalistici e irrispettosi dell'autonomia del paziente

a paritari e democratici, attenti ai valori e alle convinzioni del paziente

2 . Le malattie sono cambiate = Un tempo il medico aveva a che fare con traumi e malattie infettive e, decidendo spesso nell'emergenza, non sentiva di aver bisogno di particolari doti comunicative.

Al giorno d'oggi deve, invece, confrontarsi con malattie di lungo percorso con le quali si convive per anni come il diabete, l'ipertensione e il cancro. La convivenza prolungata con la malattia cronica lo ha costretto ad attrezzarsi aggiungendo alle competenze tecniche quelle comunicative.

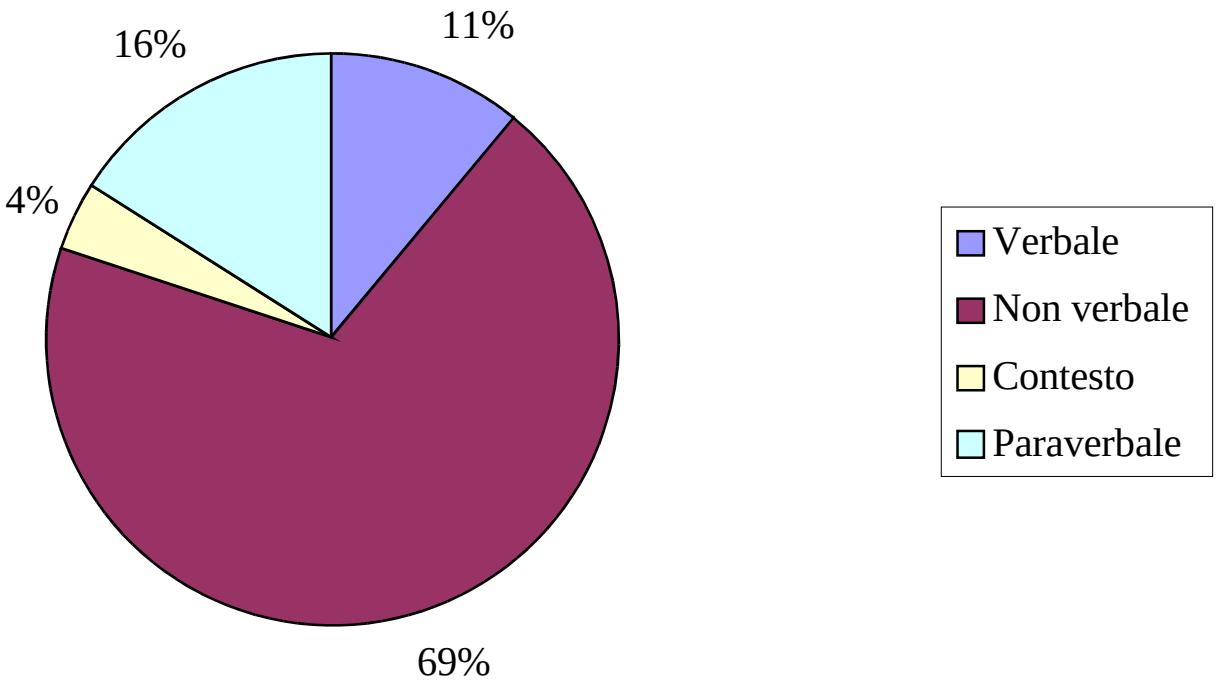
3. I pazienti sono cambiati = sono diventati più esigenti e informati grazie ai giornali, tv e internet, arrivano negli ambulatori con un bagaglio di conoscenze, dati, numeri.

Si portano plichi di pagine da internet, ritagli di giornale, fanno domande specifiche e pertinenti. Ma questo eccesso di informazione spesso è faticoso da gestire in quanto può provocare aspettative, illusioni e disorientamento.

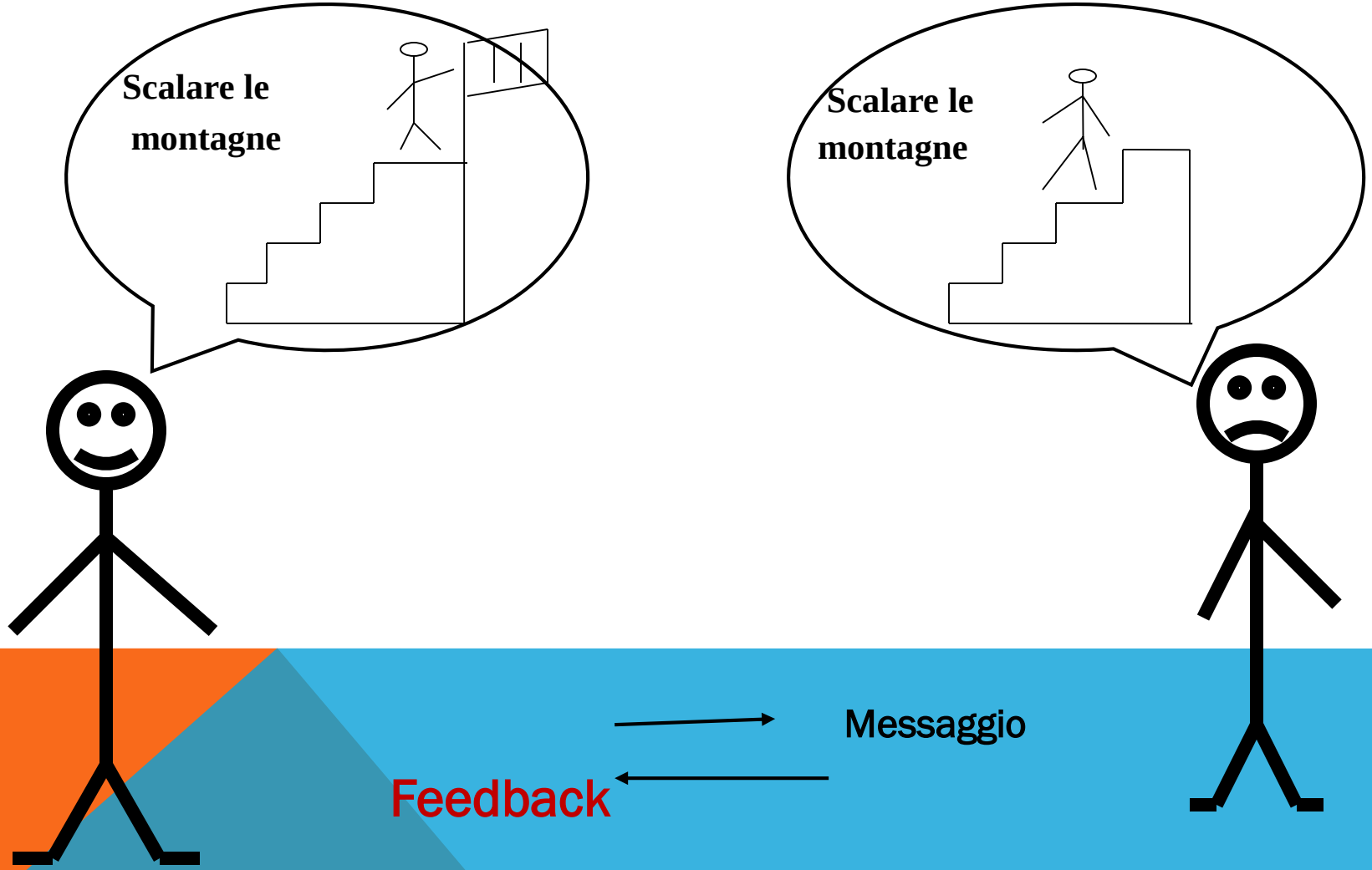
Necessita' di Perfezionare i modelli della comunicazione

TORTA DELLA COMUNICAZIONE interpersonale

69%= non verbale



INTERPRETAZIONE DEI MESSAGGI



Messaggio

Feedback

ATTENZIONE ALLE INTERPRETAZIONI

cosa considerare nella comunicazione

- il sesso
- l’età
- la classe sociale
- l’intelligenza
- il livello di istruzione
- la competenza linguistica
- i sistemi di credenze
- gli atteggiamenti
- i valori
- i bisogni
- le aspettative
- le motivazioni
- i tratti della personalità

alleati e nemici
della comunicazione

- ostacoli e barriere comunicative

- meccanismi di difesa

- predicati visivi, auditivi, cinestesici (PNL)

ASCOLTO ATTIVO

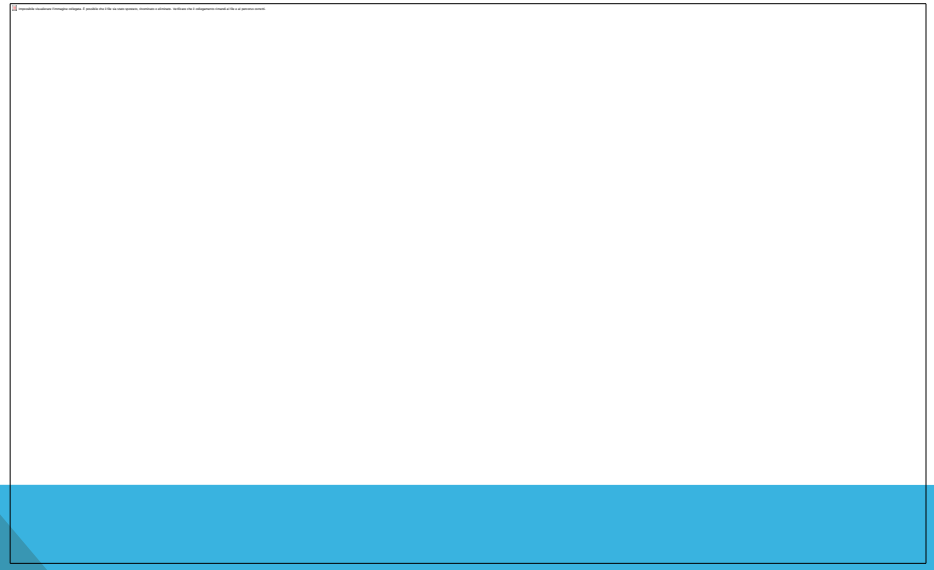
capacità complessa, ricettiva e reattiva che comprende

1. *Il prestare attenzione*(comunicando interesse)

2. *L'osservare* = le incongruenze tra il verbale e il non verbale = costante e volontario esercizio

3. *L'ascoltare vero e proprio* = predisposizione all'interesse per i problemi del paziente e concentrazione costante su di essi

Secondo alcuni studiosi l'80% delle ore di veglia viene speso in attività comunicative tra le quali l'ascolto occupa un posto privilegiato che non siamo abituati però a riconoscere come un momento fondamentale.



Ascolto interiore

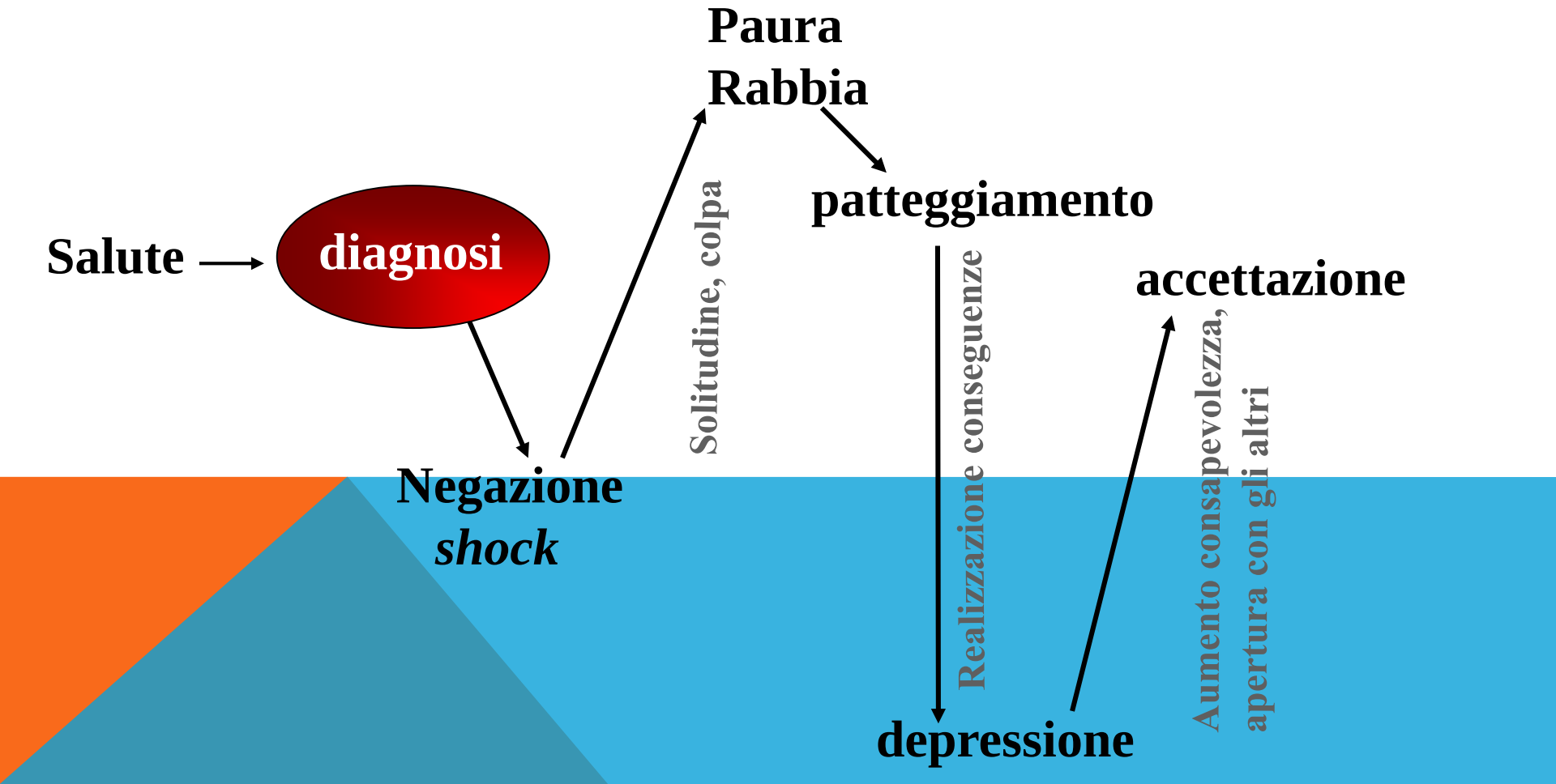
All'ascolto dell'altro si aggiunge l'ascolto interiore, l'ascolto di se stessi. Osservare cosa accade dentro di sè costituisce una pratica che aiuta a sviluppare maggiore consapevolezza della realtà sia interna che esterna e affrontare con maggiore equilibrio la relazione con gli altri e con il mondo.

"Una mente quieta permette di ascoltare il cuore"
Mike George

PROBLEMA DEL TEMPO NELLA COMUNICAZIONE

CRITERIO TEMPORALE

L'adattamento alla realtà della malattia è un processo che ha bisogno di tempo



36% dei pazienti = *non ricorda le informazioni fornite dal medico riguardo la prognosi e la terapia*

70% dei pazienti = *assume in modo scorretto le prescrizioni mediche*

65% dei medici = *sottostimano il desiderio d'informazione dei pazienti*

5% (1 minuto) = *tempo dedicato dai medici per trasmettere informazioni ai pazienti (in un colloquio di 20 minuti)*

54 % dei medici = *non prende in considerazione le proteste dei propri pazienti*

45 % dei medici = *non ascolta con attenzione i bisogni dei pazienti*

50 % dei medici = *non tratta correttamente i problemi psico-sociali e psichiatrici dei pazienti*

Percentuali di cattiva comunicazione

I danni della mancanza di tempo nella comunicazione

22 secondi = tempo medio dopo il quale il medico interrompe il resoconto del paziente sui propri sintomi

92 secondi = tempo necessario per il 90% dei pazienti per concludere spontaneamente il racconto dall'inizio se non interrotti

tra i 22 e 92 secondi = tempo necessario al paziente per menzionare il 75% dei sintomi

...più il paziente parla dei suoi problemi, più gli vengono in mente informazioni nuove: se lo si interrompe quasi all'inizio, si rischia di perdere una grande quantità di indicazioni preziose….

Langewitz ,British Medical Journal , 2002

BENEFICI DEL TEMPO NELLA COMUNICAZIONE

dare maggior tempo alla comunicazione consente all'operatore di:

- ✓ raccogliere informazioni in quantità e qualità sufficienti per una corretta relazione terapeutica;
- ✓ ridurre le possibilità di errori;
- ✓ dare al paziente la sensazione di essere stato ascoltato e considerato come persona, oltre che come soggetto portatore di un disturbo o di un problema da risolvere;
- ✓ far sentire il paziente preso in carico con attenzione e professionalità

“ambienti” comunicativi

***setting* interno**

***setting* esterno**

comunicazione non verbale

“Il fatto è che io non tiro a indovinare.

Io vedo.

Vedo che siete un tessitore.

Vedo la vostra mano destra solida e muscolosa, ben più sviluppata di quella di un normale commerciante quale voi siete.

Voi avete anche un solco nella dentatura, tra il canino sinistro e l’incisivo, segno inequivocabile di innumerevoli tensioni di filo con i denti”…..

Arthur Conan, **Sherlock Holmes, “La lega dei capelli rossi”**

filtri comunicativi

la ***cultura*** **che determina convinzioni, modalità di percepire la vita e se stessi e riveste un ruolo determinante nella costruzione della relazione, permettendo di comprendere il contesto in cui vive il paziente e da cui possono emergere i suoi problemi**

i ***valori*** **di cui l'operatore deve essere consapevole, rispettando quelli del paziente e non imponendo i propri**

i ***problemi personali*** **che possono rendere l'operatore meno "aperto", più distratto nel prestare attenzione al paziente**

lo ***stato emotivo*** **che potrebbe condizionare lo svolgimento di tutto il colloquio**

aree da “esplorare”

Sentimenti	**Che cosa prova?** **Come si sente?** **Cosa la spaventa?**
Idee	**Come interpreta tutto questo?** **Che conoscenza ha della malattia e delle terapie?** **Cosa ne pensa?**
Aspettative e desideri	**Che cosa si aspetta che accada?** **Che cosa desidera accada?** **Chi è in grado di aiutarla?**
Contesto	**Che cosa è cambiato da quando è ammalata/o?** **Come la sua malattia ha influito sulla famiglia,sul lavoro e sui suoi progetti?**

Artioli et al.,2004

ATTENZIONE

UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI, DEI RICORDI, DELLE DESCRIZIONI PUÒ ESSERE, IN CERTI CASI,

SUFFICIENTE A CHIARIRE UN PROBLEMA INSOLUBILE

RIFLESSIONI INTORNO ALLA RELAZIONE

Il primo cambiamento nella relazione non è quello del paziente ma quello dell'operatore che deve imparare a vedere con occhi nuovi

da una relazione di aiuto ci si deve aspettare un grande cambiamento ....

quello dell'operatore

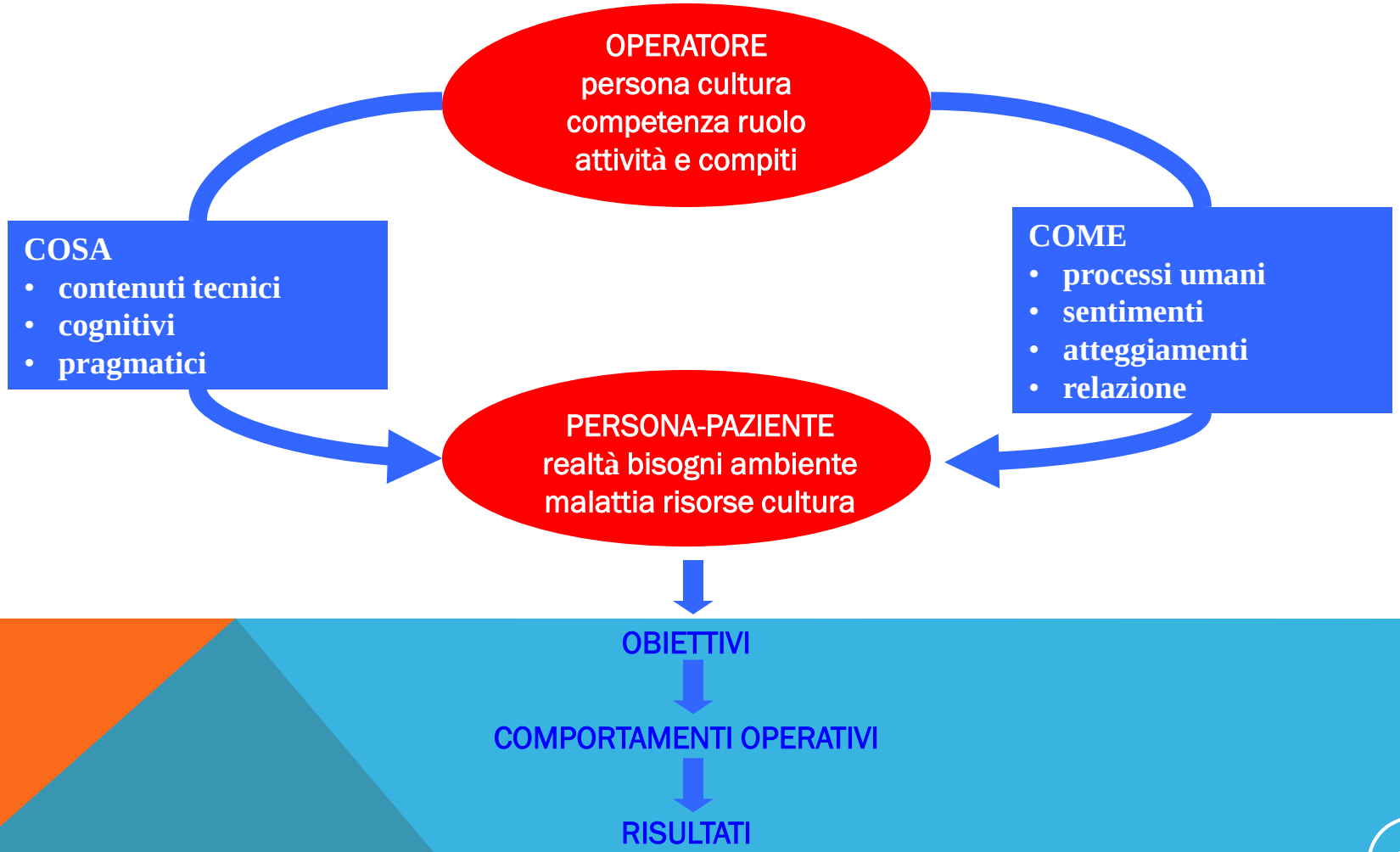
La relazione con il paziente è un processo affettivo.....

se la persona non si sente “coccolata” e “nutrita”

non sarà in grado di attuare il cambiamento

MODELLO DEL "MATCHING OPERATORE-PAZIENTE"

applicabile alla realtà professionale.



griglia di analisi del comportamento dell'operatore sanitario nel *counselling*

indicatori variabili quali-quantitative degli indicatori diretti idonee come scala di riferimento

	non accettabile -3 -2	intermedio -1 +1	ottimale +2 + 3
luogo	…….	corridoio	studio medico
posizione	……..	in piedi distanti	seduti accanto
durata	……..	meno di 3 minuti	10 minuti e +
linguaggio	…….	molte parole tecniche non spiegate	parole comuni comprensibili per il paziente

R.Gallini, Schola Medici, Nuova Italia Scientifica, 1991

Indicatori di performance	si	no	come	quando
Ha presentato se stesso e il suo compito?				
Ha recepito la richiesta del paziente'				
Ha lasciato parlare?				
Ha mostrato "ascolto attivo" dimostrando empatia?				
Ha "abusato" di domande chiuse?				
Ha fatto domande "aperte"?				
Ha fatto domande "inappropriate"?				
Ha esplorato adeguatamente i problemi clinici?				
Ha esplorato adeguatamente i problemi sociali?				
Ha esplorato adeguatamente i fattori di rischio?				
Ha utilizzato un linguaggio pertinente?				
Ha usato parole difficili?				
Ha fatto "forzature?				
Ha dato risposte sufficienti?				
Ha dato informazioni "appropriate"?				
Ha prospettato obiettivi realizzabili?				
Ha dato indicazioni e indirizzi concreti?				
Ha discusso tutte le alternative?				
Ha verificato se il paziente ha compreso?				
Ha fatto commenti inappropriati?				
Ha sintetizzato i punti essenziali?				

[1] Griglia di valutazione utilizzata durante i corsi di formazione sulla relazione di aiuto e counselling, Istituto Superiore di Sanità,, 1991 – 1995

Griglia di analisi sui contenuti della comunicazione per la valutazione dei comportamenti relazionali dell'operatore sanitario

ASCOLTARE

0 5 10

OSSERVARE

0 5 10

COMUNICARE

0 5 10

ACCETTARE

0 5 10

NON GIUDICARE

0 5 10

ACCETTARE I PROPRI LIMITI

0 5 10

CONOSCERE SE STESSI

0 5 10

silenzio
ascolto
apertura verso gli altri
attenzione
flessibilità
adattabilità
calore
riservatezza
umanità
empatia
curiosità
fiducia

estroversione
interesse
coerenza
sincerità
rispetto
competenza
esperienza
umiltà
discrezione
sensibilità
capacità di mettersi sempre in discussione…….

riassumendo

comunicare con ….

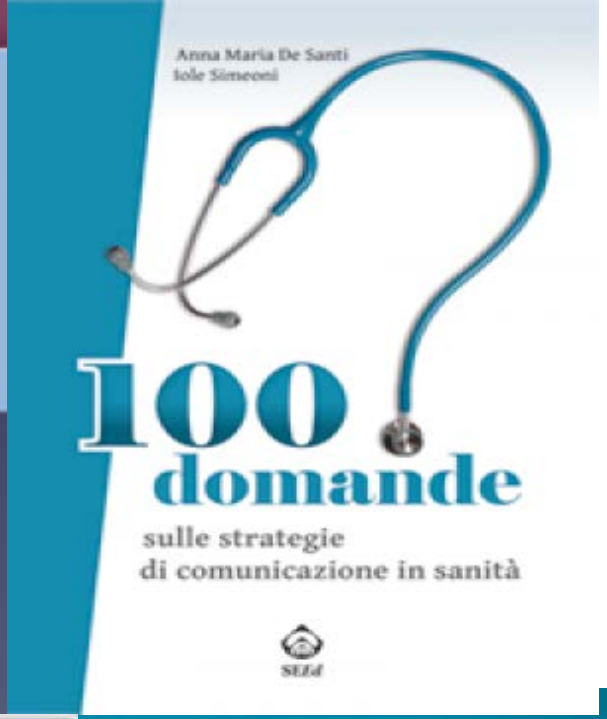
IL RISCHIO DELLA CERTEZZA …

IMPARIAMO A DIFFIDARE DELLE NOSTRE SUPPOSIZIONI IN QUANTO NON SAPPIAMO MAI DI PRECISO CHE COSA UN'ALTRA PERSONA STA VIVENDO – PER QUANTE RASSOMIGLIANZE LA SUA ESPERIENZA PRESENTE POSSA AVERE CON ALTRI CASI

Tullio Tentori

Anna Maria De Santi
Iole Simeoni
Il medico, il paziente e i familiari
Guida alla comunicazione efficace
etodi

Iole Simeoni
Anna Maria De Santi
Comunicazione in medicina
Collaborazione tra professionisti sanitari
etodi


Anna Maria De Santi
Iole Simeoni
100 domande
sulle strategie di comunicazione in sanità
SEEd

La comunicazione con il paziente oncologico
Erickson

Il dolce morire
A cura di Anna De Santi, Michele Gallucci, Paolo Rigliano
La relazione di aiuto al morente nelle cure palliative
Carocci

I GRUPPI DI LAVORO NELLA SANITÀ
Comunicazione efficace, gestione dei conflitti, leadership
Anna De Santi
Iole Simeoni
LE PROFESSIONI SANITARIE
Carocci Faber

Anna Maria De Santi
Margherita Teodori
La didattica in sanità
Comunicare, progettare e valutare la formazione
SEEd

Presentazione del Manuale di (auto)valutazione della comunicazione in ambito oncologico

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Manuale di valutazione
della comunicazione in oncologia

A cura di Anna De Santis (a),
Pier Luigi Morosini (b) e Silvana Novello (c)
per il Gruppo CARE
(Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia)

(a) Area Formazione e Comunicazione, Lazio-Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma
(b) Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

ISSN 1123-3117
Rapporti ISTISAN
07/38

Gruppo C.A.R.E.

Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia

http://www.iss.it/binary/publ/cont/07-38.1196242514.pdf

istituto superiore di sanita'

C. A. R. E.

COMUNICAZIONE
ACCOGLIENZA
RISPETTO
EMPATIA

Caratteristiche e funzioni del Manuale

http://www.iss.it/binary/publ/cont/07-38.1196242514.pdf

CARATTERISTICHE DEL MANUALE = SUDDIVISO IN 2 PARTI

La prima parte

comprende 24 riquadri che i diversi professionisti socio-sanitari delle strutture (pubbliche, private e degli enti non profit) possono utilizzare come strumento di valutazione e auto-valutazione

per "*stimare*" le capacità di comunicazione individuali e di gruppo (equipe) nella relazione con la persona malata e i suoi familiari

per "*costruire*" o meglio *delineare la cornice* per un ambiente idoneo (setting) in cui poter condurre una comunicazione efficace (regole, comportamenti ed altro ancora)

La seconda parte

tratta gli aspetti generali della comunicazione con la persona malata (tempi e modi del processo comunicativo, il *counselling*, la comunicazione della diagnosi, il sostegno psicologico al paziente, il sostegno agli operatori sanitari)

COME SI UTILIZZA

E’ una specie di *check-list* che prevede una autovalutazione degli operatori sanitari e del proprio gruppo di lavoro, al fine di aumentare la loro sensibilità ai problemi psicologici e pratici delle persone malate *e dei loro familiari*

I TEMI COMUNICATIVI

si riferiscono ai momenti interattivi particolarmente critici nella malattia e cioè alla comunicazione:

- della diagnosi, della prognosi, del piano terapeutico
- relativa agli esami diagnostici e all'esecuzione di terapie;
- sul dolore, nel passaggio dalla fase di malattia stabilizzata alla fase terminale
- nell'équipe
- con i minori malati e con i loro "familiari"
- con il paziente in fase terminale e con i "familiari" nella fase di lutto

I RIQUADRI

Il manuale è composto da riquadri suddivisi in aree tematiche contraddistinte da un simbolo:

- Regole di buona educazione nella comunicazione(♣)
- Regole generali di buona comunicazione professionale e aspetti organizzativi (♦)
- Comunicazione del dolore, della diagnosi e prognosi e del piano terapeutico (♥)
- Comunicazione nella fase terminale e nel lutto (♠)
- Comunicazione con gli specialisti e nell'équipe (∇)
- Comunicazione con i minori malati (•)

I RIQUADRI

Ogni riquadro inizia con uno *scopo* (l'obiettivo generale a cui è dedicato il riquadro) e contiene da 5 a 25 *criteri* specifici.

Per ognuno dei criteri e per lo scopo si chiede di dare una valutazione su una scala a 5 livelli.

Per ogni riquadro si richiedono due tipi di valutazione,

- uno relativo ai singoli criteri

- uno complessivo

ESEMPIO = RIQUADRO 1

REGOLE GENERALI DI BUONA EDUCAZIONE NELLA COMUNICAZIONE CON MALATI E "FAMILIARI"

Scopo

Pazienti e "familiari" sono trattati dai professionisti con le "buone maniere" che dovrebbero essere presente in ogni rapporto interpersonale.

ESEMPIO = CRITERI

1. I professionisti si presentano con nome, cognome e qualifica

2. Non danno del tu facendosi dare del lei (può essere ammesso con i bambini, gli adolescenti o i giovani vicini all'età adolescenziale e in casi particolari)

3. Evitano di parlare tra loro delle condizioni del paziente in sua presenza come se non fosse presente ovvero discutere di altri pazienti o problemi

4. Si ricordano il nome dei pazienti e li chiamano come loro desiderano essere chiamati

5. Evitano di parlare con il paziente ad esempio per raccogliere l'anamnesi, stando in piedi con il paziente sdraiato a letto (esclusi i brevi scambi)

6. Evitano l'uso del cellulare se non in caso di comunicazioni urgenti e, in questo caso, si scusano

7. Durante i colloqui guardano l'interlocutore in viso

8. Non usano parole difficili o poco comprensibili ai non tecnici e, se le usano, le spiegano

Espressioni consigliate

frasi o *espressioni* in calce ai riquadri

danno un'idea di come mettere in pratica principi accettati da tutti ma descritti in modo astratto, quali "essere empatici"; "ascoltare attivamente"; "accertare che cosa il paziente vuole sapere".

ESEMPIO = ESPRESSIONI CONSIGLIATE

Per accertare cosa il paziente ha capito di quello che gli si è detto:

- "Vorrei che mi ripetesse con sue parole quello che le ho detto, perché vorrei essere sicuro di essermi spiegato bene";
- "Può dirmi che idea si è fatto di quello che le ho detto?";
- "Che cosa dirà di quello di cui abbiamo parlato quando tornerà a casa?".

L'dincontro successivo:

- "Non sono sicuro di essere stato chiaro quando le ho spiegato la sua situazione. Vorrei che, per favore, mi dicesse che cosa si ricorda di ciò che le ho detto".

Per accertarsi di avere capito quello che il paziente sa già delle sue condizioni di salute (componente dell'ascolto attivo)

- "Mi sembra di aver capito che lei sa che ...;
oppure
- "Quindi, se non mi sbaglio, lei non sa bene che malattia o disturbo ha, ma sospetta che...".

PUNTEGGIO DEI SINGOLI CRITERI

0	Non si fa nulla, o quasi nulla, e non esistono progetti concreti per arrivare a soddisfare il criterio
1	C'è un progetto concreto per arrivare a soddisfare il criterio, ma non si è fatto ancora nulla o si è fatto poco
2	Criterio soddisfatto in modo parziale, non ancora accettabile
3	Criterio soddisfatto in modo accettabile
4	Criterio soddisfatto in modo più che accettabile
5	Criterio soddisfatto in modo eccellente
NC	Criterio non condiviso, anche se considerato in parte pertinente
NP	Criterio considerato *non pertinente o non applicabile al particolare contesto*

Autovalutazione

a) Punteggio di autovalutazione complessiva →

b) Entità dell'accordo ③ unanimità ② maggioranza del 75% ① maggioranza inferiore

c) **Motivi del giudizio complessivo** ed eventuali opinioni diverse da parte di alcuni membri dell'équipe

d) **Commenti sui criteri**

RACCOMANDAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE

In linea di massima si suggerisce di dare, inquesta prima fase, a meno che non venga specificato diversamente, i punteggi:

3 = se l'équipe pensa che lo scopo sia sostanzialmente raggiunto in almeno il 75% dei casi o delle occasioni pertinenti

4 = se lo scopo è soddisfatto in almeno l'85% dei casi o delle occasioni pertinenti

5 = se è soddisfatto in più del 95% o si pensa che quello che si fa possa essere di modello ad altri centri.

RACCOMANDAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE

Per i criteri relativi alla presenza di *regole o procedure* o *linee guida*, si suggerisce di dare i punteggi:

2 = se le regole o procedure non sono scritte ma sono comunque note e condivise dalla maggior parte dei professionisti che devono applicarle.

3 o 4 = se tali regole sono state scritte, aggiornate o confermate da non oltre un quinquennio e se sono conosciute e condivise rispettivamente dal 75%-80% o dall'81-90% dei professionisti che le devono applicare.

RACCOMANDAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE

Per quanto riguarda la valutazione complessiva, si chiede anche di precisare:

- l'entità dell'accordo: 3 = unanimità, 2 = maggioranza di almeno il 75%, 1 = maggioranza inferiore.

  Questa richiesta ha lo scopo di favorire l'espressione del parere da parte di tutti e di aiutare l'équipe a chiarire i motivi delle eventuali differenze;

- la motivazione del giudizio: al di sotto di *Valutazione complessiva* vi sono tre righe su cui riportare sinteticamente i motivi principali che hanno portato a formulare quel giudizio e le eventuali discordanze.

GIUDIZIO COMPLESSIVO E COMMENTI SUI CRITERI

Alla fine dei criteri - subito dopo i punteggi e l'entità dell'accordo - vanno riportati i *Motivi* del giudizio complessivo ed eventuali opinioni diverse da parte di alcuni membri dell'équipe

Alla voce *Commenti sui criteri* vanno riportate annotazioni su singoli criteri che permettano di capire meglio il perché di giudizi particolari o di modificare in meglio i criteri.

AUTOVALUTAZIONE CRITICA

(DA MANUALE DI VALUTAZIONE DELLA COMUICAZIONE IN AMBITO RIABILITATIVO)

Rapporti ISTISAN 13/1

4.7. Comunicazione al paziente del piano riabilitativo e delle sue modifiche

SCOPO: **Il paziente ha la possibilità di chiarire le sue curiosità e i suoi dubbi sulla terapia e si sente coinvolto, qualora lo desideri, nelle decisioni del programma e del progetto riabilitativo. Perché il consenso informato sia moralmente oltre che legalmente valido, occorre che il paziente comprenda le informazioni fornite dal medico e sia in grado di esaminare le possibili conseguenze dell'intervento diagnostico o terapeutico proposto.**	
Criteri	
Si verifica quanto il paziente sa circa la diagnosi, l'andamento della patologia e la relativa prognosi.	|__|
Si espongono gli obiettivi del programma riabilitativo .	|__|
Si verifica che il paziente abbia effettivamente compreso gli obiettivi raggiungibili.	|__|
Si usa un linguaggio privo di inutili tecnicismi, ci si accerta che il paziente conosca i termini tecnici che eventualmente vanno spiegati	|__|
Si sollecitano domande e commenti, offrendo al paziente l'opportunità di discutere i suoi dubbi, le sue preoccupazioni e le sue paure.	|__|
Si cerca attivamente una decisione condivisa con il paziente.	|__|
Non si mostra irritazione o risentimento per la decisione del paziente di ricorrere a un secondo parere.	|__|
Se si propone al paziente l'inserimento in uno studio clinico controllato (*trial)* approvato da un comitato etico, si spiega la differenza di tale situazione rispetto a quella consueta, si definisce la fase (I - II - III), si spiegano gli obiettivi, si illustrano le incertezze che motivano il ricorso al *trial* e si incoraggia la sua adesione.	|__|
In caso di proposta di inserimento in uno studio controllato, si assicura il paziente che, in caso di scelta di non aderire, non ci sarà nessuna diminuzione della qualità dell'assistenza.	|__|
Si consegna il documento scritto per il consenso informato e si lascia al paziente il tempo adeguato per leggerlo e valutarlo.	|__|
Ci si accerta che il paziente abbia capito il contenuto del consenso informato chiedendogli di ripeterlo con le sue parole.	|__|
Si ottiene l'adesione sia verbale, sia scritta al progetto e al programma riabilitativo	|__|
Si dichiara che si intende fornire la miglior cura possibile e che si farà tutto il necessario per ridurre il dolore.	|__|
Si dichiara che si intende fornire il piu adeguato intervento riabilitativo volto al recupero della massima autonomia possibile rispetto alla patologia di base .	|__|
Vi sono accordi espliciti tra i diversi professionisti a proposito di cosa dire su eventuali possibili terapie alternative	|__|
Punteggio di autovalutazione complessiva **a) Entità dell'accordo 3** |_| unanimità, **2** |_| maggioranza del 75%, **1** |_| maggioranza inferiore **b) Motivi del giudizio** eventuali opinioni diverse da parte di alcuni membri dell'équipe .... **c) Commenti sui criteri**.....	|__|

SCOPO

CRITERI E SINGOLI PUNTEGGI

- 0 Non si fa nulla
- 1 E' in programma farlo
- 2 Non accettabile
- 3 Accettabile
- 4 Più che accettabile
- 5 Eccellente
- NC Non condiviso
- NP Non pertinente

PUNTEGGIO COMPLESSIVO

- 3 Scopo al 75%
- 4 Scopo al 85%
- 5 Scopo al 95%

TEMPI DI APPLICAZIONE

Si prevede, sulla base delle esperienze fatte, che l'autovalutazione in équipe mediante questo manuale con la specificazione dei relativi punteggi richieda parecchie ore, non meno di 4, e in almeno due incontri

Strategie di comunicazione efficaci

Da Storey e Knight (2003), modificato al punto 4 e in alcuni esempi

1. Domande aperte **(a cui non si possa rispondere con una sola parola, tipo SI o NO)** e richieste di chiarimento	**In questo modo si ottiene che l'interlocutore dia informazioni più complete. Esempi: "*Mi dica qualcosa di più sul suo dolore*";"*Che informazioni le potrebbero essere più utili?*"; "*Mi può fare un esempio?*"**
2. Incoraggiamenti minimi	**Dimostrare di ascoltare con interesse, ad esempio dire ogni tanto "*Humm*" o "*Ah-ah*" o "*Sì*" o "*E*?" o fare cenno di sì con la testa o inclinarsi verso chi parla**
3. Parafrasare e ripetere	**In questo modo si dimostra a chi parla che si presta attenzione a quello che ha detto e si vuole essere sicuri di aver capito bene. Talvolta è utile menzionare l'emozione manifestata da chi parla. Esempi: "*Mi sta dicendo che si spaventa quando qualcuno le suggerisce di prendere la morfina contro il dolore?*" "*Ho l'impressione che lei sia preoccupato di diventare un peso per i suoi cari.. E' così?*"**

4. Accertarsi che l'altro abbia capito bene	**In questo modo ci si assicura che l'altro nona non abbia frainteso e si ricordi. Esempio: "*Vorrei che mi ripetesse con le sue parole quello che le ho detto perché vorrei essere sicuro di essermi spiegato bene"* oppure *"Cosa dirà ai suoi familiari di quello che io le ho detto?"***
5. Contestare in modo cauto e indiretto	**In questo modo si riescono a metter in luce bisogni o emozioni conflittuali. Esempio: "*Lei mi ha detto di avere una bel rapporto di fiducia reciproca con suo figlio, ma però non gli ha detto che sta così male. Pensa che questo potrà influiresui vostri rapporti?*"**
6. Riassumere	**In questo modo ci si assicura che i punti essenziali siano chiari sia a chi ha ascoltato che a chi ha parlato. Esempio: Mi lasci ora vedrei se ho capito bene. Lei consoce quale trattamento le consiglio e sa che penso che occorre fare in fretta. Tuttavia lei vorrebbe avere un po' di tempo per pensare a quello che le ho detto e discuterne in famiglia. Mi chiamerà entro una settimana per farmi saper che decisioni ha preso"**

COSTRUZIONE DELLE GRIGLIE

PER LA DEFINIZIONE DEGLI SCOPI E DEI CRITERI
si è tenuto conto degli studi di dimostrazione di efficacia degli interventi di comunicazione e sostegno nel promuovere la soddisfazione dei malati, il ricordo delle informazioni ricevute, l'adesione alla terapia, la qualità di vita e anche la resistenza biologica alla malattia. I lavori originali e i documenti di sintesi a cui ci si è ispirati sono riportati in bibliografia.

si riportano alcuni esempi

TABLE 5. Importance rated by respondents of items associated with the giving of bad news

Element	Importance (%)			Not Rated (%)
	High	Medium	Low	
Attitude	72	19	2	7
Clarity of message	70	9	4	17
Privacy	65	11	7	17
Ability to answer question	57	13	7	22
Sympathy	48	24	7	20
Time for questions	48	15	15	22
Autopsy information	47	15	12	26
Clergy available	39	13	9	39
Directions after death	33	15	15	37
Location of conversation	32	24	9	35
Timing of conversation	32	26	7	35
Rank/seniority of news-giver	24	22	19	35
Follow-up contact	20	26	13	41
Attire of news-giver	4	15	44	37

Jurkovich GJ et al, J Trauma 2000

Lind et al, J Clin Oncol 1989 : Intervista a familiari di pazienti con neoplasie: molto importante non essere interrotti da telefonate durante i colloqui

Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication

By Patricia A. Parker, Walter F. Baile, Carl de Moor, Renato Lenzi, Andrzej P. Kudelka, and Lorenzo Cohen

J Clin Oncol 2001

Table 2. Highest and Lowest Ratings of Patients' Preferences Regarding Different Aspects of Bad News Delivery

Item	Mean	SD
Highest ratings		
Doctor being up-to-date on research on my type of cancer	4.72	.49
Doctor telling me best treatment option	4.70	.57
Having doctor take time to answer all my questions completely	4.66	.56
Doctor is honest about the severity of my condition	4.61	.64
Feeling confident about my doctor's skill	4.59	.55
Being given enough time to ask all of my questions	4.57	.63
Giving information in simple, clear language*	4.56	.70
Doctor telling me the news directly	4.56	.62
Doctor letting me know all of the different treatment options	4.55	.65
Doctor giving me full attention	4.53	.68
Lowest ratings		
Encouraging me to talk about my feelings about the news	3.42	1.14
Telling me it's ok if I become upset	3.40	1.14
Having doctor inform my family members about my	3.38	1.31
roes in the community	3.35	1.04
me well*	3.33	1.25
nal	3.30	1.09
Having another healthcare provider present to offer support	3.14	1.23
Doctor warning me there will be unfavorable news*	3.01	1.32
Doctor helps me figure out how to tell others about my cancer	2.62	1.25
Doctor holding my hand/touching my arm when giving news*	2.23	1.17

Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication

By Patricia A. Parker, Walter F. Baile, Carl de Moor, Renato Lenzi, Andrzej P. Kudelka, and Lorenzo Cohen

J Clin Oncol 2001

Table 2. Highest and Lowest Ratings of Patients' Preferences Regarding Different Aspects of Bad News Delivery

Item	Mean	SD
Highest ratings		
Doctor being up-to-date on research on my type of cancer	4.72	.49
Doctor telling me best treatment option	4.70	.57
Having doctor take time to answer all my questions completely	4.66	.56
Doctor is honest about the severity of my condition	4.61	.64
Feeling confident about my doctor's skill	4.59	.55
Being given enough time to ask all of my questions	4.57	.63
Giving information in simple, clear language*	4.56	.70
Doctor telling me the news directly	4.56	.62
Doctor letting me know all of the different treatment options	4.55	.65
Doctor giving me full attention	4.53	.68
Lowest ratings		
Encouraging me to talk about my feelings about the news	3.42	1.14
Telling me it's ok if I become upset	3.40	1.14
Having doctor inform my family members about my	3.38	1.31
roes in the community	3.35	1.04
me well*	3.33	1.25
nal	3.30	1.09
Having another healthcare provider present to offer support	3.14	1.23
Doctor warning me there will be unfavorable news*	3.01	1.32
Doctor helps me figure out how to tell others about my cancer	2.62	1.25
Doctor holding my hand/touching my arm when giving news*	2.23	1.17

TABLE 5. Importance rated by respondents of items associated with the giving of bad news

Element	Importance (%)			Not Rated (%)
	High	Medium	Low	
Attitude	72	19	2	7
Clarity of message	70	9	4	17
Privacy	65	11	7	17
Ability to answer question	57	13	7	22
Sympathy	48	24	7	20
Time for questions	48	15	15	22
Autopsy information	47	15	12	26
Clergy available	39	13	9	39
Directions after death	33	15	15	37
Location of conversation	32	24	9	35
Timing of conversation	32	26	7	35
Rank/seniority of news-giver	24	22	19	35
Follow-up contact	20	26	13	41
Attire of news-giver	4	15	44	37

Jurkovich GJ et al, J Trauma 2000

Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries

Myriam Deveugele, Anselm Derese, Atie van den Brink-Muinen, Jozien Bensing, Jan De Maeseneer

What is already known on this topic

Patients are satisfied with care from general practice but often say that consultations are too short

Studies have investigated the determinants of consultation length, but different studies use different methods to determine the exact length of consultation

Determinants identified by studies in one country cannot be extrapolated to those in another

What this study adds

BMJ 2002

VOLUME 22 · NUMBER 21 · NOVEMBER 1 2004

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Cancer Consultation Preparation Package: Changing Patients but Not Physicians Is Not Enough

Phyllis Butow, Rhonda Devine, Michael Boyer, Susan Pendlebury, Michael Jackson, and Martin H.N. Tattersall

From the Medical Psychology Research

Table 7. Percentage of Consultations in Which Physician Behaviors Establishing Rapport Occurred

Physician Behavior	% Consultations in Which Behavior Occurred
Asks how patient would like to be addressed	18
Social interaction and laughter	73
Addressed social and lifestyle concerns	68
Addressed patient anxiety	89
Did not interrupt patient	35

IMPORTANZA DELLA PRIVACY

TABLE 5. Importance rated by respondents of items associated with the giving of bad news

Element	Importance (%)			Not Rated (%)
	High	Medium	Low	
Attitude	72	19	2	7
Clarity of message	70	9	4	17
Privacy	65	11	7	17
Ability to answer question	57	13	7	22
Sympathy	48	24	7	20
Time for questions	48	15	15	22
Autopsy information	47	15	12	26
Clergy available	39	13	9	39
Directions after death	33	15	15	37
Location of conversation	32	24	9	35
Timing of conversation	32	26	7	35
Rank/seniority of news-giver	24	22	19	35
Follow-up contact	20	26	13	41
Attire of news-giver	4	15	44	37

Jurkovich GJ et al, J Trauma 2000

Lind et al, J Clin Oncol 1989 : Intervista a familiari di pazienti con neoplasie: molto importante non essere interrotti da telefonate durante i colloqui

British Journal of Cancer (2003) 88, 839 – 842
© 2003 Cancer Research UK All rights reserved 0007 – 0920/03 $25.00
www.bjcancer.com

How doctors record breaking bad news in ovarian cancer

JM Kirwan*[,1], DG Tincello[2], T Lavender[3] and RE Kingston[1]

[1]Liverpool Women's Hospital, Crown Street, Liverpool L8 7SS, UK; [2]Department of Obstetrics & Gynaecology, University of Leicester, Leicester General Hospital, Gwendolen Road, Leicester LE5 4PW, UK; [3]University of Central Lancashire, Preston PR1 2HE, UK

In its guide 'Good Clinical Practice' (General Medical Council, 2001), the General Medical Council (GMC) states 'a good medical record should contain sufficient information to: identify the patient; support the diagnosis; justify the treatment; document the course and results and promote continuity of care among healthcare providers', and continues, 'Doctors must keep colleagues well informed when sharing the care of patients. Without good notes, this is impossible'.

CORSO PROGETTO “CON FINE”

COMPITI A CASA

1. scaricare il manuale da internet

http://www.iss.it/binary/publ/cont/07-38.1196242514.pdf

2. leggerlo con attenzione

3. concordare con il responsabile della struttura di appartenenza l'adozione/utilizzo di parte del documento durante la riunione di equipe

4. proporre - durante la riunione di equipe - la compilazione dei primi 4 riquadri del manuale (da 4.1 a 4.4) e dei riquadri sulla comunicazione con il malato in fase terminale (4.13) e sulla comunicazione con i familiari nella fase del lutto (4.14)

5. possibilmente - proporre anche la compilazione dei riquadri discussi nei rispettivi lavori di gruppo sul manuale svolti durante la prima giornata del corso

6. riportare le principali risorse e criticità di ogni riquadro analizzato riscontrate dall'equipe

7. riportare data/luogo/durata/qualifiche partecipanti/ dinamiche della o delle riunioni di equipe in cui è stato analizzato il manuale