
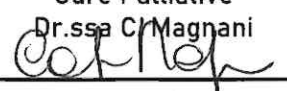
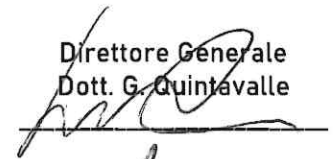
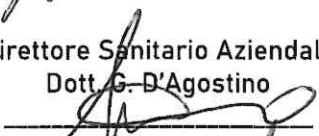
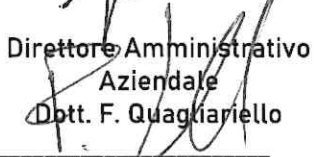


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE COORDINATORE: DR.SSA C. MAGNANI		 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELLA RELAZIONE D'AUTO NELL'AMBITO DELLA RLCP		REV. 0 DEL 26/03/2025	PAG. 1 DI 10
			RLCP POS 04	

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	26/03/2025	GdL	Direttore Area Governo della Rete Dr.ssa Rita Lucchetti  <hr/> Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa C. Magnani  <hr/> Data: 16/04/2025	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle  <hr/> Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino  <hr/> Direttore Amministrativo Aziendale Dott. F. Quagliariello  <hr/>

Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera Referente Unità Cure Palliative Aziendali

Dott. Fabrizio Caporali, Dirigente Psicologo, UOSD Psicologia Ospedaliera

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative

Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Giorgia Grisolia, Assistente Sociale Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO

Dott.ssa S. Greghini, F.O. Risk Management UOC Risk Management

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	4
5. MODALITÀ OPERATIVE	4
5.1 SVILUPPO DELLE CAPACITÀ PERSONALI	4
5.2 ABILITA' DI AIUTO FONDAMENTALI E FASI DELLA RELAZIONE DI AIUTO	5
5.4 CANALI DELLA COMUNICAZIONE	7
5.5 IL MODELLO DI COMUNICAZIONE SPIKES E LE FASI	7
6. BIBLIOGRAFIA	9

1. PREMESSA

In cure palliative la relazione d'aiuto è un elemento fondamentale nel processo terapeutico. Consente al paziente e ai familiari di sentirsi riconosciuti, compresi, accettati recuperando dignità, autostima ed *empowerment*.

La relazione di aiuto è definita come un incontro fra due persone di cui una si trova in condizioni di sofferenza, confusione, conflitto, disabilità, di bisogno rispetto a una determinata situazione o a un determinato problema che deve gestire e l'altra persona, invece, dotata di un differente livello di adattamento, competenze, abilità, rispetto a queste stesse situazioni o tipo di problemi è disposta ad un'interazione empatica della quale è in grado di governare con consapevolezza i processi essenziali.

Quando si riesce a stabilire un contatto (una relazione) che sia effettivamente di Aiuto, allora è probabile che la persona in difficoltà inizi qualche movimento di maturazione, chiarificazione e apprendimento che la porta ad avvicinarsi all'altra persona (assorbendone le qualità e le competenze) o comunque a rispondere in modo più soddisfacente al proprio ambiente e a proprie esigenze interne ed esterne.

Si comprende che la relazione di aiuto deve essere realizzata in modo empatico, rispettoso e professionale, affrontando i bisogni fisici, psicologici, emotivi e spirituali del paziente.

Questa procedura definisce le modalità di una relazione d'aiuto efficace per garantire un supporto continuativo e integrato ai pazienti in fase avanzata di malattia e alle loro famiglie. Si sofferma su ciò che fa da sfondo agli aspetti tecnici della cura dimostrando che una comunicazione adeguata e sensibile contribuisce al miglioramento del benessere psicologico ed emotivo della persona malata, fornisce supporto alle famiglie favorendo la qualità delle relazioni interpersonali e del processo decisionale condiviso.

2. SCOPO

Questa procedura intende fornire gli strumenti per realizzare un'efficace gestione della relazione d'aiuto nei pazienti con bisogni di cure palliative assistiti nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) dell'ASL Roma 1.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile a tutti i nodi della rete locale di cure palliative della ASL Roma 1, che comprendono:

- Ospedale: cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: strutture residenziali per la cura di pazienti con malattia terminale.
- Domicilio: servizi di cure palliative domiciliari
- RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale): strutture residenziali che forniscono assistenza ai pazienti anziani e terminali.

È rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nei suddetti ambiti, inclusi medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, e altri membri del team multidisciplinare (rif. Procedura organizzativa RLCP).

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Relazione d'Aiuto: un processo interattivo e dinamico in cui il professionista accompagna l'individuo in difficoltà verso un miglioramento del benessere psicologico, medico, sociale e pratico, rivolto al paziente ed alla sua famiglia durante il percorso di cure palliative e finalizzato a migliorarne la qualità della vita.

Helper: l'operatore di aiuto.

Helpee: destinatario dell'intervento di aiuto, che non sa agire, o non sa essere efficace, nel risolvere i problemi della propria vita o che vive la vita stessa come un problema.

Comunicare: deriva dal latino e significa "mettere in comune" / "condividere". È un processo che va oltre la semplice trasmissione di informazioni e richiede una relazione autentica ed uno scambio. Si tratta di un'azione reciproca e solidale che richiede tre caratteristiche:

1. Essere compagni e non controparti di chi sta di fronte.
2. Lasciare che si crei un vuoto relazionale tra i due interlocutori: una vicinanza eccessiva è negativa tanto quanto la distanza eccessiva.
3. Non lasciare mai che coloro con cui si comunica pensino che si stia seguendo un protocollo e un manuale su come parlare.

Cure Palliative: un insieme di interventi finalizzati a migliorare la qualità della vita dei pazienti con malattie avanzate o terminali, attraverso il controllo dei sintomi fisici, psicologici, emotivi e spirituali

5. MODALITÀ OPERATIVE

La relazione di aiuto va creata e sostenuta, non si attiva spontaneamente. È un processo che va costruito attraverso la disponibilità all'ascolto, l'autenticità, la coerenza, l'accettazione, il rispetto e la capacità di contenimento.

L'elemento centrale che deve essere presente perché si costituisca una relazione d'aiuto è la fiducia. Solo se esiste fiducia nell'altro e nella relazione la persona può esprimere i propri bisogni.

La relazione d'aiuto implica responsabilità nella sua costruzione e nel suo mantenimento ed un impegno energetico agito.

Per questo è importante sviluppare specifiche qualità relazionali e adeguate capacità tecniche ed emotive che permettano di entrare in relazione con il paziente esprimendo attenzione, partecipazione e soprattutto **empatia**.

5.1 SVILUPPO DELLE CAPACITÀ PERSONALI

La triade di atteggiamenti personali, condizioni necessarie e sufficienti perché i processi interpersonali si svolgano in senso costruttivo, creando il clima di fiducia indispensabile ad un lavoro condiviso e, pertanto, l'aiuto si realizzi comprendono la genuinità, l'accettazione incondizionata, la comprensione empatica.

La genuinità o spontaneità: è la capacità ma anche l'onestà di stare all'interno della relazione di aiuto in modo chiaro e condiviso con l'altro, manifestando quello che si pensa e si sente. Implica la congruenza fra i livelli psicologici (fra ciò che si sente, ciò che si pensa, ciò che si fa e ciò che si è). La genuinità rappresenta la condizione base dell'aiuto, sulla quale si poggiano tutte le altre.

L'accettazione incondizionata o considerazione positiva incondizionata: è il sincero interesse verso il paziente ed il suo valore come persona. Un interesse che implica la sospensione del giudizio e di

ogni forma di interpretazione e presuppone l'accettazione incondizionata dell'altro, della sua esperienza, del suo modo di sentire e di vivere, non per questo approvando ma riconoscendo la libertà di vivere la situazione in quel modo unico ed irripetibile.

La comprensione empatica: è la capacità di sintonizzarsi e comprendere gli stati emotivi e cognitivi dell'altra persona. L'empatia produce dei cambiamenti e porta ad una maggiore autoaccettazione, aiuta l'interlocutore a diventare più consapevole delle proprie emozioni, ed essere in contatto con i propri processi emotivi. La comprensione empatica riguarda la capacità di cogliere accuratamente la situazione personale di colui che ci sta di fronte: da ciò che dice e da ciò che è. La comprensione accurata dell'altro avviene, dunque, con un insieme di sentimento (coinvolgimento affettivo) e di intelligenza percettiva.

In sintesi un operatore capace di autenticità, di accettazione completa, di empatia accurata ha sviluppato una piena competenza responsiva, una capacità di accogliere l'altra persona, di creare un'ecologia relazionale, un "clima" o "un'atmosfera" dentro la quale la persona si senta accettata e ben protetta. La capacità di accoglienza è una caratteristica essenziale nella relazione d'aiuto perché permette alla persona di muoversi liberamente nell'autoesplorazione, creando, nella tranquillità, le premesse per ricompattare le energie endogene di autorealizzazione.

5.2 ABILITA' DI AIUTO FONDAMENTALI E FASI DELLA RELAZIONE DI AIUTO

L'efficacia di una relazione di aiuto è data dalla capacità dell'*helper* di rispondere ai bisogni dell'*helpee* iniziando con lui un programma di azioni concrete.

Nel processo di aiuto l'*helper* e l'*helpee*, apportano diversi contributi utili a stabilire una relazione funzionale.

Nello specifico ciascuna delle abilità o competenze dell'*helper* (prestare attenzione, rispondere, personalizzare, iniziare) è collegata a una fase di maturazione o sviluppo nell'*helpee* (rispettivamente: essere coinvolto e motivato al processo di aiuto, esplorare la propria situazione verbalizzando ed esponendo all'*helper* il «materiale» attorno al quale verte la difficoltà, comprendere il proprio ruolo, i deficit e le risorse, le prospettive, gli obiettivi, ecc., agire, nel senso di organizzare delle azioni concrete per la soluzione del problema, raggiungere qualche obiettivo, ecc.).

Il contributo dell'*helper* consiste nella capacità di mettere in gioco abilità interpersonali, che consentano un aiuto concreto all'*helpee* all'interno delle quattro fasi della relazione di aiuto.

Prestare attenzione è la capacità di dare attenzione totale e incondizionata, comunicare profondo interesse, al fine di favorire e motivare il coinvolgimento dell'*helpee*.

Rispondere fa riferimento alla capacità dell'*helper* di entrare nello schema di riferimento dell'*helpee* e comunicare, con accuratezza quanto percepito delle esperienze comunicate dall'*helpee*, al fine di favorire l'esplorazione. Il fattore "rispondere" rileva l'importanza di dimensioni quali l'empatia o sensibilità; il rispetto o calore umano; concretezza o specificità dell'*helper* nel mettere a fuoco il vissuto degli *helpees*. L'abilità dell'*helper* di rispondere facilita, da parte dell'*helpee*, l'esplorazione del proprio vissuto e lo sviluppo della comprensione.

Personalizzare è la capacità di facilitare la comprensione e l'assunzione di responsabilità da parte dell'*helpee*, di aiutare a trasformare i problemi in obiettivi.

Iniziare consente all'*helper* di intraprendere un'azione attraverso l'elaborazione di programmi volti a raggiungere gli obiettivi prefissati.

L'*helpee* nella fase iniziale del **coinvolgimento**, deve essere coinvolto nella dinamica d'aiuto e nella relazione con l'helper. Il coinvolgimento assume il significato di riuscire ad aprirsi, comunicare e condividere le proprie esperienze significative.

Il coinvolgimento comporta il passaggio alla seconda fase, l'**esplorazione**: il guardare dentro di sé per stabilire il punto in cui ci si trova in rapporto alla propria esperienza. L'*helpee* esplora il livello in cui si trova in modo da poter comprendere dove desidera o dovrebbe essere. Si esplora ad "alti livelli" quando si riesce a comunicare esperienze importanti con un'intensa immediatezza emotiva e concretezza. L'**esplorazione** porta alla comprensione degli obiettivi che la persona vuole raggiungere.

La fase successiva è rappresentata dal **comprendere**, ossia cercare dentro di sé un comportamento, o delle risposte alternative al proprio modo di agire abituale.

La comprensione permette all'*helpee* di passare all'ultima fase, ovvero quella dell'azione, ossia di agire, di progettare, programmare e realizzare azioni volte a raggiungere obiettivi specifici.

Alla fine di questo processo è importante tracciare un *feedback*, in modo che gli obiettivi raggiunti possano essere utilizzati come nuovo *input* per una più ampia esplorazione, una più esatta comprensione e un'azione più efficace.

5.3 LA COMUNICAZIONE: STRUMENTO DI RELAZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato l'importanza della comunicazione nell'ambito delle cure palliative.

Una comunicazione adeguata e sensibile è fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza nelle cure palliative. Un dialogo calibrato sulle capacità cognitive del paziente e sulle esigenze della famiglia contribuisce a ridurre il livello di ansia e stress, favorendo una maggiore partecipazione attiva nel processo decisionale e facilitando l'accettazione della situazione clinica.

Il linguaggio verbale, la forma più comune e universalmente riconosciuta di linguaggio, che utilizza parole scritte o parlate per comunicare è solo uno dei modi con cui i pazienti possono manifestare i propri bisogni e desideri. Le parole possono non esprimere completamente ciò che un paziente sente: per soggezione, timidezza e perché alcuni pazienti sono "non verbali".

Infatti limitare la comunicazione al linguaggio verbale esclude ogni possibilità di conversazione e di espressione di chi non parla come neonati o persone con disabilità intellettiva, psichica, motoria o sensoriale.

Per una comunicazione sufficientemente attenta è necessario conoscere e cogliere anche gli altri 5 linguaggi utilizzati dai pazienti.

Linguaggio ambientale: fa riferimento al modo in cui i pazienti trattano le proprie cose, l'igiene e l'abbigliamento. Il disordine personale, il disordine o il bisogno di riordinare hanno un significato comunicativo, possono essere considerati metonimie, una figura retorica che rivela desideri inespressi.

Linguaggio tecnologico: la tecnologia e i mass media influenzano le persone, le proprie decisioni, opinioni, il proprio mondo reale. È importante comprendere come il paziente interagisce con essi, il modo in cui li utilizza, se li cerca o li teme per capire come si integra nel suo mondo.

Linguaggio del corpo: i silenzi "parlano", così come gli atteggiamenti del corpo e le espressioni del viso, sono una parte cruciale del linguaggio. Spesso gli atti corporei contraddicono le parole e i concetti vengono rafforzati con i gesti o espressi con urla, rossore o pallore improvviso, con uno sguardo che chiede aiuto, ecc.

Linguaggio biologico: sintomi somatici (sudorazione, dispnea, tremori ecc) e l'alterazione di diversi parametrici (pressione arteriosa, saturazione, frequenza cardiaca, livelli di cortisolo), possono rivelare presenza di stress, dolore, depressione, ansia.

Linguaggio inconscio: l'inconscio è un modo di espressione della psiche. Lapsus, battute umoristiche, ripetizioni di concetti e dimenticanze sono spesso segni di un'attività inconscia.

Dunque è necessario cogliere tutti i sei linguaggi del paziente e combinarli per capire il vero linguaggio dei malati. Individuare questi linguaggi aiuta gli operatori sanitari a inquadrare l'umore, il livello di sofferenza o di crescita mentale del paziente e capire ciò che le parole da sole non possono esprimere.

Utilizzando le espressioni semantiche verbali e non verbali è possibile riconoscere l'intero spettro delle dimensioni umane del paziente, i desideri ed i bisogni.

Soprattutto in cure palliative si deve utilizzare un approccio *"multilinguaggio"*, considerando che molti pazienti non hanno la capacità di esprimersi verbalmente o sono così sofferenti che la parola costituisce lo strumento di comunicazione meno importante.

5.4 CANALI DELLA COMUNICAZIONE

Quando si comunica qualcosa non si trasferisce soltanto un messaggio ma di fatto si costruisce una relazione attivando, più o meno consapevolmente, tre canali comunicativi: verbale, paraverbale, non verbale.

Il canale verbale si riferisce alle parole utilizzate, al "cosa" si vuole comunicare e concerne il piano del contenuto.

La comunicazione paraverbale è il canale che veicola la comunicazione verbale, il canale attraverso cui parole e significati vengono esposti. Comprende elementi quali ritmo, accento, tono e volume: l'uso della voce e del modo in cui si espone il contenuto.

Mentre nella comunicazione verbale si parla del "cosa", in quella paraverbale parliamo del "come" si comunica.

La comunicazione non verbale è la parte meno consapevole che contribuisce alla comunicazione e comprende gestualità, mimica facciale, postura e prossemica.

Per quanto si pensi sia fondamentale cosa si vuole trasmettere, cioè il contenuto, la comunicazione non verbale svolge un ruolo dominante nel quadro complessivo dell'interlocuzione. Lo studio della letteratura ha mostrato come il messaggio che viene inviato attraverso la comunicazione è attribuito al canale VERBALE (parole) per il 7%, al PARAVERBALE (Volume, tono, ritmo) per il 38% al NON VERBALE – Movimenti del corpo (aspetto, espressioni, look) per il 55%.

Comprendere e conoscere i tre canali di comunicazione – verbale, paraverbale e non verbale – può rendere la comunicazione e quindi la relazione molto più efficace.

5.5 IL MODELLO DI COMUNICAZIONE SPIKES E LE FASI

Negli ultimi anni ha trovato largo consenso l'utilizzo del protocollo SPIKES, un modello per comunicare notizie difficili ai pazienti, che racchiude gli elementi fondamentali della comunicazione. L'acronimo SPIKES descrive i 6 momenti focali nell'ambito della comunicazione (impostazione, percezione, invito, conoscenza, emozioni e strategia) che permettono di raggiungere quattro obiettivi principali:

1) Acquisire informazioni dal paziente.

Capire il grado di conoscenza che il paziente possiede rispetto alla sua condizione clinica, capire quali aspettative ha e quanto è disposto a sentirsi comunicare una cattiva notizia.

2) Trasmettere e condividere le informazioni cliniche.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELLA RELAZIONE D'AUTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 04	Rev. 0 del 26/03/2025	pag. 7 di 10
---	-------------	--------------------------	--------------

Fornire informazioni che possano risultare comprensibili e in linea con quanto desiderato dal paziente.

3) Supportare la persona malata.

Il sostegno alla persona assistita consente di ridurre le conseguenze emotive che possono affliggerla a seguito di cattiva notizia.

4) Stimolare la collaborazione dell'assistito.

Stimolare la partecipazione del paziente nello sviluppo della strategia di trattamento da adottare.

Ognuna delle iniziali che formano l'acronimo SPIKES fa riferimento ad una specifica area di attenzione da riservare all'atto della comunicazione.

S - Setting up - Impostare.

Si riferisce alla fase iniziale della comunicazione particolarmente critica. In questa fase è opportuno preparare il contesto e mantenere un atteggiamento aperto all'ascolto. Rileva come iniziare a comunicare ad entrare in relazione con l'altra persona. In particolare i messaggi trasmessi attraverso il comportamento non verbale sono molto importanti: la direzione dello sguardo, la postura, il tono della voce sono tutti elementi da tenere in considerazione.

In questa fase è possibile individuare un luogo, per la comunicazione, che garantisca la privacy e sia confortevole ed eliminare ogni ostacolo o barriera o problema alla comunicazione col paziente (telefonini, cartelle cliniche, problematiche personali ecc).

È essenziale stabilire una connessione con il paziente (ad esempio mantenendo il contatto con gli occhi) e gestire il tempo e le interruzioni necessarie. Fondamentale è creare lo spazio relazionale: creare l'ambiente in cui essere collegati senza o col minimo di influenze esterne.

P - Perception - Valutare la percezione del paziente

Riguarda la percezione che il paziente ha della propria malattia. La fase Perception e la successiva (Invitation) si basano sull'assioma "prima di parlare, chiedi". Attraverso domande aperte si cerca di percepire ciò che sente il paziente, di capire la conoscenza del paziente circa ciò che si deve comunicare. In questo modo è possibile correggere incomprensioni, calibrare la comunicazione e comprendere se il paziente è portato al rifiuto della malattia.

I - Invitation - Ottenere l'invito del paziente

Rappresenta una richiesta esplicita nei confronti del paziente nella quale si intende indagare il grado di informazioni che vuole ricevere rispetto a diagnosi, prognosi e dettagli della patologia. Questo è il momento di chiedere al paziente come o se vuole essere informato. Perché il paziente ha il diritto di sapere ma ha anche il diritto di non sapere. Nella maggior parte dei casi i pazienti desiderano conoscere con esattezza la propria diagnosi, la prognosi e i dettagli della malattia. In alcuni casi, tuttavia, questa volontà è assente. Un meccanismo psicologico di difesa può portarli a evitare notizie spiacevoli sulle proprie condizioni. La somministrazione o pianificazione di test o analisi può rappresentare un'occasione per intavolare una conversazione sull'opportunità di rivelare tali informazioni.

K - Knowledge - Trasmettere conoscenza e informazioni

Indica la necessità di fornire informazioni utili alla comprensione della situazione clinica utilizzando la formula più adatta al paziente stesso. Una volta compreso cosa vuole il paziente e di cosa ha bisogno è possibile fornire le risposte adeguate.

La trasmissione di informazioni mediche può fare riferimento a semplici linee guida:

- il vocabolario e il linguaggio utilizzati devono essere adatti al livello di comprensione del paziente;
- una buona prassi è quella di usare parole comuni al posto di tecnicismi;

- evitare gli eccessi di franchezza e di lasciare il paziente da solo frettolosamente;
- dare l'informazione in piccole parti, valutandone la comprensione;
- in presenza di diagnosi essenziali, evitare di usare frasi come "non c'è nient'altro che possiamo fare"

E – Emotions - Indirizzare l'emotività del paziente con empatia

L'Emotions è un passaggio chiave, rappresenta un processo volto ad agevolare l'emersione delle emozioni del paziente allo scopo di fornire una risposta empatica. Far fronte alla reazione del paziente è una delle sfide più difficili. Le reazioni emotive possono essere molto variabili: dal silenzio al pianto, alla rabbia, all'incredulità o il diniego e la vergogna. E possibile offrire sostegno con un approccio empatico attraverso quattro step:

- 1) Osservare qualsiasi emozione da parte del paziente.
- 2) Identificare l'emozione del paziente.
- 3) Risalire alle radici di quell'emozione, alle sue ragioni. Anche con domande aperte al paziente.
- 4) Dopo aver dato al paziente il tempo necessario per esprimere le proprie emozioni, lasciare che avverta la connessione del clinico al suo stato emotivo.
- 5) L'emozione va sempre accolta e la narrazione in questa fase è importante. Il paziente ha bisogno di narrare sé stesso attraverso l'emozione, le frasi, le parole e gli atteggiamenti. Le persone che parlano di sé, che comunicano di sé, si sentono meglio. Quindi occorre invitare il paziente ad esprimersi. Soprattutto in cure palliative l'efficacia dell'intervento assistenziale passa attraverso la dimensione narrativa della persona assistita. Diventa essenziale che la malattia possa acquisire una dimensione "narrativa" che sia espressione coerente della vita biografica. Nel proprio percorso di fine vita, il malato viene messo in condizione di vivere in maniera dignitosa la propria morte quando percepisce l'atto conclusivo della propria vicenda umana non come qualcosa di "staccato dal resto", ma come espressione coerente di una storia personale, in cui traspaia il senso che ciascuno attribuisce a sé stesso e alla propria esistenza; e dove ci si possa riconoscere degni di interesse fino alla fine.

S – Strategy & Summary - Riepilogare e definire una strategia di azione

Questa fase individua la strategia da implementare considerando le aspettative del paziente e i risultati che è plausibile raggiungere. Dopo aver dedicato adeguato spazio all'espressione emotiva del paziente, si procede, tenendo nella dovuta considerazione preferenze e percezioni del malato, alla pianificazione condivisa della futura strategia. I pazienti che adottano una chiara strategia, un piano chiaro per il futuro, dimostrano meno ansia. Inoltre presentare le opzioni da adottare permette di far percepire al paziente che si considera importante la sua volontà e i suoi desideri. Il modello offre uno spunto di riflessione per provare a sperimentare una diversa pratica clinica che per diventare veramente efficace deve implicare una formazione più specifica (ad esempio sulle tecniche comunicative) ed una riflessione basata sul confronto con la letteratura, con esperti in ambito comunicativo e con i colleghi.

6. BIBLIOGRAFIA

Rogers, C.R. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory, Houghton Mifflin 1951

Carkhuff, R.. The Art of Helping. A guide for developing helping skills for parents, teachers and counselors. Human Resource Development Press, USA 1973

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELLA RELAZIONE D'AUTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 04	Rev. 0 del 26/03/2025	pag. 9 di 10
---	-------------	--------------------------	--------------

Bellieni, C.B. Verbal Communication with the Patient Is Not Enough: The Six Languages of the Sick. October 2022 Nursing Reports 12(4):726-732.

Baile, W. et al. *SPIKES - A six step protocol for delivering bad news. application to the patient with cancer*. The. Oncologist 2000; 5:302-311.

Del Piccolo L. La comunicazione della diagnosi di tumore al paziente e ai familiari: linee guida. RPM Vol. 98, N. 5, Maggio 2007; 271-278.

Roccasalva A, Gerosa C, Ornaghi M, Beretta M, Cattaneo M. L'atteggiamento del professionista in cure palliative nella prassi della relazione di aiuto: lo sguardo interessato per il morente RICP 2021.