



UNIVERSITÀ
POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**LA COMUNICAZIONE:
ANELLO FONDAMENTALE DURANTE LE ATTIVITA'
ASSISTENZIALI E RELAZIONALI**

**COMMUNICATION: A FUNDAMENTAL WORK TOOL IN
CAREGIVING ACTIVITIES**

Relatore:

Prof. Giordano Cotichelli

Tesi di Laurea di:

Giulia Pistelli

A.A. 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE	pag.1
1. Principi generali della COMUNICAZIONE	pag.5
1.1 Assiomi della comunicazione di Watzlawick	pag.6
1.2 Il processo comunicativo	pag.8
1.3 Forme di comunicazione	pag.9
1.4 La comunicazione in ambito sanitario	pag.10
1.5 Modalità di trasmissione delle informazioni	pag.12
1.6 La comunicazione inefficace	pag.14
1.7 Epidemiologia degli eventi avversi in relazione alla comunicazione infermieristica	pag.15
1.8 Gestione dei conflitti	pag.17
1.9 Il modello M/m di Patfoort	pag 18
1.10 La COMUNICAZIONE per la promozione della sicurezza	pag 24
OBIETTIVO	pag.27
MATERIALI E METODI	pag.28
RISULTATI	pag.31
DISCUSSIONE	pag.40
CONCLUSIONI	pag.53
BIBLIOGRAFIA	pag.57
Allegati	pag.64

INTRODUZIONE

La comunicazione riveste un ruolo fondamentale soprattutto nell'ambito sanitario per migliorare la qualità assistenziale al paziente, tant'è vero che viene esplicitato nel Codice Deontologico 2025 articolo 4 l'importanza della relazione di cura che si instaura tra l'infermiere e l'assistito, inoltre stabilisce che "il tempo di relazione è tempo di cura".

Articolo 19 del codice deontologico mette in evidenza il rapporto con la persona assistita nel percorso di cura, sottolineando il ruolo dell'infermiere nell'informare, coinvolgere, educare, supportare e accogliere l'assistito, il suo punto di vista e le sue emozioni (Mangiacavalli, 2025).

Quelli appena citati, sono solo due dei tanti articoli del Codice Deontologico che evidenziano l'importanza della comunicazione rendendola caratteristica integrante della professionalità dell'infermiere.

In un momento in cui prevale la tendenza a privilegiare gli aspetti tecnici ed economici, relegando in secondo piano l'importanza dell'etica professionale, nel 2023 la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha avviato il percorso di revisione del Codice Deontologico. Oltre al Comitato Centrale e ai presidenti delle Commissioni dell'Albo Nazionali, hanno partecipato esperti appartenenti alla professione e anche esterni ad essa, con il coinvolgimento di 102 Ordini provinciali ed interprovinciali, fino all'approvazione finale nel corso del Consiglio Nazionale del 20 e 21 febbraio 2025.

Nel Codice Deontologico aggiornato si mette in relazione la professione con la crescente autonomia ed il ruolo evoluto degli infermieri, anche attraverso gli avanzamenti tecnologici e la gestione dei dati e della privacy. Viene inoltre introdotto il concetto di "cura dei curanti", quale preciso impegno deontologico del prendersi cura di se stessi e degli altri infermieri, in una logica comunitaria del reciproco sostegno. Da sempre, infatti, l'infermiere si prende cura della persona, delle sue persone di

riferimento, della famiglia e della comunità in cui vive. Cura creando una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale (Mangiacavalli, 2025).

Nel processo di nursing, l'infermiere svolge una funzione di supporto attraverso il dialogo, con l'obiettivo di instaurare una relazione di fiducia e ascolto tale da favorire il soddisfacimento dei bisogni, il recupero dell'autonomia e l'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé (Carpenito-Moyet, L. J. (2020).

I professionisti sanitari si trovano a vivere quotidianamente in contesti nei quali la dimensione relazionale, per vari motivi, viene sacrificata a vantaggio della dimensione tecnica. La mancanza di tempo viene considerata la causa principale di una comunicazione inefficace per l'assistito (Arcadi,2021).

Ci sono alcuni fattori dai quali dipende la mancanza di tempo come la scarsità del personale, continue interruzioni e distrazioni, assenza di zone tranquille destinate al dialogo.

Il tempo è cura quando c'è attenzione, ascolto, riflessione sull'agire; quando invece il tempo viene rincorso e riempito da attività che si susseguono freneticamente senza lasciare spazio alla consapevolezza del senso di quel tempo speso e al pensiero che lo accompagna, diventa malattia. Ad oggi la misura del tempo viene associata ad attività frenetiche, una dimensione temporale "fast", legata alle prestazioni tecniche.

L'infermiere dovrebbe comprendere che un buon tempo di ascolto è un grande passo avanti per comprendere i bisogni di salute del paziente per poter affrontare prese di decisione appropriate.

A volte non fare è più utile che fare, anche se paradossalmente richiede più tempo, ma è ciò che è giusto e rispettoso per il paziente: spesso non fare vuol dire scegliere di esserci, di parlare, di spiegare in modo semplice e comprensibile alla persona ed ai suoi cari, scegliere di fare un'assistenza di qualità. Bisognerebbe orientarsi verso una medicina che rifletta l'animo dell'assistenza, quella vera, che privilegia il dialogo, il sorriso, la relazione di cura che cura.

Per poter stabilire una relazione con il paziente, considerandolo al centro della cura, è necessario disporre il tempo da dedicare e disponibilità all'ascolto (Arcadi,2021).

Risulta dunque di primaria importanza per la professione dell'infermiere saper comunicare in modo efficace ed efficiente, per favorire il soddisfacimento dei bisogni dell'assistito, la compliance del malato al trattamento, trasmettendo sicurezza alla

persona assistita onde evitare sentimenti di frustrazione, ostilità, confusione e senso di isolamento che una comunicazione inadeguata può provocare.

Da qui è nato l'interesse di svolgere il progetto di tirocinio focalizzandosi in un'osservazione partecipata degli studenti del 2° anno di corso 1° semestre (canale A) in infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), sede Ancona durante il Laboratorio Relazionale.

Al termine del corso, è stato somministrato un questionario in uscita sulla comunicazione, che va ad indagare il comportamento relazionale (laboratorio relazionale) e tecnico (come nel caso del prelievo venoso) di tutti gli studenti.

In seguito, sono stati elaborati i dati raccolti con l'osservazione partecipata e con il questionario, analizzati i risultati, infine concludendo con la condivisione dei dati elaborati con il gruppo di lavoro dei tutor (Focus group).

In questo modo verrà fornito all'Università Politecnica delle Marche un quadro indicativo da cui partire per indagare e introdurre eventuali cambiamenti ove necessario, se viene stabilita una buona relazione assistenziale tra infermiere e/o studente e paziente (sia in termini tecnici che relazionali) composta da diversi elementi come ascolto attivo, coinvolgimento e supporto del paziente, stabilire un rapporto di fiducia con la persona, per garantire sicurezza del paziente e qualità assistenziale alle prestazioni sanitarie.

Il seguente articolo dal titolo "Nel cuore della relazione: l'esperienza dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica" pubblicato nella Rivista FNOPI L'infermiere N° 3-2025, ha sviluppato le competenze relazionali tramite il percorso dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Milano, come parte integrante della formazione sperimentale e riflessiva offerta agli studenti.

Il primo anno si focalizza sull'acquisizione dei prerequisiti della relazione d'aiuto e sul riconoscimento delle emozioni; il secondo anno introduce tematiche a maggiore impatto relazionale, come il confronto con la sofferenza e la morte; il terzo anno, infine, promuove l'autonomia riflessiva e l'elaborazione critica di situazioni relazionali complesse, valorizzando le competenze comunicative, collaborative e decisionali maturate durante il percorso (Arcadi,2021).

La formazione infermieristica si realizza in contesti autentici, spesso caotici, imprevedibili, e ad alta intensità emotiva, che richiedono un accompagnamento

educativo volto a favorire la trasformazione dell'esperienza in apprendimento consapevole. La dimensione riflessiva diventa così una condizione imprescindibile per la costruzione di competenze relazionali solide e durature.

I laboratori relazionali rispondono a questo bisogno: si configurano come spazi educativi protetti, dove lo studente può imparare a riconoscere e integrare le dimensioni emotive e comunicative della cura. Attraverso metodologie narrative, riflessive e dialogiche, gli studenti esplorano il proprio mondo interiore, sperimentano la relazione con l'altro, imparano a riconoscere i meccanismi difensivi e ad articolare una presenza professionale autentica, capace di sostenere relazioni complesse (Arcadi, 2021).

Molta letteratura sostiene come le competenze relazionali incidano in modo significativo sulla qualità dell'assistenza. Esse sono associate a una maggiore soddisfazione del paziente (McCabe, 2004), a migliori esiti clinici (O'Hagan et al., 2014), a un miglioramento della comunicazione interprofessionale (Foronda et al., 2016), a una maggiore adesione ai trattamenti (Zolnierek & DiMatteo, 2009) e a una riduzione degli eventi avversi (Manojlovich et al., 2011).

Inoltre, studi recenti hanno evidenziato che l'implementazione di programmi formativi centrati sulle competenze comunicative contribuisce significativamente alla riduzione dei livelli di stress e burnout tra gli infermieri (Moudatsou et al., 2020). Allo stesso modo, una buona capacità empatica si associa ad una più efficace gestione del carico emotivo.

In tal senso, la recente revisione sistematica di Zhou (2025) conferma che esiste una relazione negativa tra empatia e burnout: livelli più elevati di empatia – in particolare la presa di prospettiva e la preoccupazione empatica – sono associati a una riduzione dei sintomi di depersonalizzazione e a un aumento del senso di realizzazione personale negli infermieri (Zhou, 2025).

Investire nella formazione relazionale significa dunque agire a favore della sicurezza, dell'efficacia e dell'umanizzazione della cura, ma anche della tutela del benessere professionale.

I laboratori relazionali non rappresentano un "di più" educativo, ma costituiscono un'infrastruttura pedagogica decisiva: consentono di sviluppare la capacità di riflettere prima, durante e dopo l'azione, di confrontarsi con l'ambiguità dell'esperienza e di costruire una pratica professionale radicata nella consapevolezza, nella responsabilità e

nella presenza. Come ha scritto Donald Schön (1983), la riflessione nell'azione è ciò che distingue il professionista riflessivo dal semplice esecutore tecnico: un sapere che si costruisce attraverso l'esperienza, ma che solo la riflessione può trasformare in competenza (Arcadi,2021).

Prendendo nota delle seguenti riflessioni, ho ritenuto interessante in particolar modo l'articolo pubblicato nella Rivista FNOPI L'infermiere N° 3-2025 sopra citata per arricchire il mio progetto e approfondire come il percorso dei laboratori relazionali nei 3 anni universitari si sia progressivamente strutturato, fino a definire un vero e proprio "toolkit" di strumenti e metodologie narrative, riflessive, artistiche, che viene adattato di volta in volta in funzione delle caratteristiche di ciascun gruppo di classe.

La sua gradualità didattica, costruita in modo coerente lungo i tre anni di corso in stretto legame con gli obiettivi formativi del triennio, ha suscitato in me una riflessione, in particolare il tema che affrontano al secondo anno di corso, introducendo tematiche a maggior impatto relazionale, come il confronto con la sofferenza e la morte.

Prima di soffermarsi alla gestione del lutto (evento eccezionale) come percorso formativo per gli studenti, metterei come priorità la normalità, la quotidianità, come ad esempio: la gestione relazionale durante la somministrazione della terapia o durante l'esecuzione del prelievo venoso e poi penserò a formare i ragazzi nella gestione relazionale del lutto.

Un'ulteriore riflessione ha suscitato in me curiosità, chiedendomi se i laboratori relazionali vengono eseguiti in tutte le principali Università d'Italia e in che anno di corso universitario.

1. Principi generali della COMUNICAZIONE

La comunicazione non è solo, come si potrebbe ritenere, uno strumento per trasmettere informazioni o per influenzare un'altra persona; è invece l'elemento essenziale attraverso il quale si realizza il **rapporto sociale**. La comunicazione, tuttavia, non è mai la trasmissione a senso unico di conoscenze ed informazioni, essa è la costruzione di significati condivisi, che impegna entrambi gli attori chi ascolta e chi parla- nella reciproca attenzione e comprensione.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1971), tre psicologi, i quali elaborano la teoria della comunicazione con particolare attenzione agli aspetti pragmatici della stessa, cioè alle sue implicazioni per il comportamento. Secondo questa teoria ogni interazione, sia conscia che inconscia, fra due persone deve essere considerata comunicazione. La scuola fonda le radici nel modello sistemico che mette la comunicazione al centro di tutto. Il sistema è un complesso di componenti in interazione reciproca regolata da complesse regole circolari che influenzano reciprocamente in membri di quel sistema. Il sistema tende a mantenere il più possibile l'equilibrio e questo consente di conservare la coesione e di resistere a forze disgreganti (Saiani.L, 2013).

Potremmo, dunque, descrivere la **comunicazione** come un processo di scambio di informazioni e influenzamento reciproco attraverso il quale si realizza un'interazione sociale, ossia la costruzione di significati condivisi.

Dal punto di vista etimologico il termine comunicare deriva dal latino “communicare”, mettere in comune, essere in relazione verbale o scritta con qualcuno; scambiarsi consigli, informazioni, punti di vista, condividere, scambiare idee, emozioni, sentimenti. Questo scambio, questa “messa in comune” di informazioni, esperienze, conoscenze è l'elemento che costruisce la relazione tra due o più persone.

- **1.1 Assiomi della comunicazione di Watzlawick (Saiani.L, 2013)**

Il gruppo di ricercatori Watzlawick, Beavin e Jackson, ha individuato cinque proprietà semplici (assiomi) della comunicazione umana che hanno implicazioni interpersonali e che verranno di seguito descritte.

1- L'impossibilità di non comunicare: è impossibile non avere un comportamento; in una situazione di interazione il comportamento ha valore di messaggio, vale a dire è comunicazione. Ne consegue che è impossibile non comunicare (Anche una persona che non fa nulla e non dice nulla sta comunicando qualcosa).

2- Livelli comunicativi di contenuto e di relazione: ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi “metacomunicazione”. La metacomunicazione è una comunicazione sul senso, sul valore e sul significato della comunicazione

stessa. Il modo in cui si dice una cosa definisce che tipo di relazione intercorre tra le persone coinvolte nello scambio comunicativo.

La capacità di metacomunicare in modo adeguato non solo è la condizione necessaria per comunicare in modo efficace, ma è legata altresì al grosso problema della consapevolezza di sé e degli altri.

3- La punteggiatura della sequenza degli eventi: la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti. Per esempio, l'infermiere entra in stanza senza salutare e il paziente si chiude in sé stesso rimanendo in silenzio, il paziente resta in silenzio e l'infermiere legge il suo comportamento come non compliant. Ciascuno interpreta il comportamento dell'altro considerando alcuni aspetti e non altri reagendo di conseguenza.

4- Comunicazione numerica e analogica: gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico. Il linguaggio numerico esprime al meglio gli aspetti del contenuto, quello analogico semantico esprime meglio la relazione. La comunicazione analogica non è altro che la comunicazione non verbale (espressioni, postura, tono e ritmo di voce), la più antica, mentre il linguaggio numerico /digitale ha un'importanza particolare perché serve a scambiare informazioni su "oggetti" e ha la funzione di trasmettere la conoscenza di epoca in epoca. Spesso se ci sono incongruenze nel linguaggio tra due persone, rendono poco chiara la comunicazione.

5- Interazione complementare e simmetrica: tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza (madre-figlio; insegnante-studente). Si ha una relazione simmetrica quando due persone si collocano sullo stesso piano. Per esempio, la relazione medico-paziente generalmente è di tipo complementare mentre una relazione tra colleghi generalmente è simmetrica.

- **1.2 Il processo comunicativo**

Gli elementi che costituiscono un processo comunicativo sono:

- 1- **EMITTENTE** è il soggetto da cui parte e inizia il processo comunicativo, è la fonte di emissione del messaggio;
- 2- **IL RICEVENTE** è il soggetto a cui è destinato il messaggio, rappresenta l'altro capo della comunicazione;
- 3- **IL CANALE** è il mezzo attraverso il quale il messaggio viene trasmesso (canale vocale, canale visivo, canale tattile, canale olfattivo); è il mezzo conosciuto e condiviso attraverso il quale, nella maniera e nelle modalità più opportune, è possibile trasmettere un messaggio fra due soggetti;
- 4- **IL CODICE** è un sistema di regole, una convenzione che attribuisce a determinati segni un preciso valore; la comunicazione per essere efficace deve essere trasmessa attraverso l'uso di un codice che deve essere conosciuto e condiviso dagli attori della comunicazione;
- 5- **IL MESSAGGIO o CONTENUTO** è tutto ciò che l'emittente intende comunicare al ricevente sia al livello verbale, sia non verbale attraverso l'uso di un codice e un canale adeguato. Il messaggio all'interno del processo comunicativo subisce un processo di **codificazione** (da parte dell'emittente) e di **decodificazione** (da parte del ricevente). Nella comunicazione verbale, ad esempio, il messaggio "pensato" deve subire una serie di trasformazioni di tipo cognitivo, affettivo, neurofisiologico per essere poi trasmesso attraverso il canale/codice della parola al ricevente, che dovrà, a sua volta, ritrasformare il messaggio uditivo per arrivare a una decodificazione che lo renda comprensibile. Il processo di codifica e decodifica avviene per qualsiasi messaggio e per qualsiasi tipo di canale che venga utilizzato;
- 6- **IL CONTESTO** si riferisce all'ambiente fisico, ovvero la dimensione spaziale, temporale, storica, psicologica e relazionale; alla situazione socioculturale, ovvero l'ambiente, il gruppo sociale, economico e culturale in cui avviene il processo comunicativo.

La comunicazione è un processo reciproco di inviare e ricevere messaggi tra due o più persone. I pensieri e i sentimenti sono inviati con le parole e il ritmo delle stesse, mentre i sentimenti e le emozioni prevalentemente attraverso la comunicazione non verbale. Ad esempio, nell'interazione infermiere-paziente, le due persone alternano i due ruoli di emittente e ricevente (Saiani.L, 2013).

Un ulteriore passaggio dal punto di vista teorico lo si ha con Bateson (1972), il quale intende la comunicazione come un **fenomeno circolare** e non lineare, in cui la risposta ad un messaggio precedente crea stimolo per l'interlocutore a procedere nello scambio.

Nella comunicazione circolare, quindi, ogni soggetto partecipa a una relazione comunicativa, influenzando la comunicazione stessa ed essendone a sua volta influenzato tramite retroazioni (le risposte, i feedback) del sistema. Secondo lo schema binario di Bateson, la comunicazione marcia su due linee parallele, la parte verbale o digitalica e quella extra verbale o analogica (Saiani.L, 2013).

• 1.3 Forme di comunicazione

La comunicazione non deve essere pensata solo come le parole che vengono dette agli altri; le parole sono solo uno degli strumenti a nostra disposizione per comunicare. Distinguiamo infatti tre livelli di comunicazione:

- Comunicazione verbale;
- Comunicazione paraverbale (es. tono, volume della voce)
- Comunicazione non verbale (es. gestualità, postura, espressioni del volto, silenzio)

Alber Mehrabian, psicologo statunitense intorno agli anni '70 ha sviluppato ricerche, le quali hanno confermato che: il linguaggio verbale è, senza discussione, il mezzo più efficace per esprimere idee complesse e astratte (pensieri, concetti, desideri, entità che non si vedono).

Il linguaggio non verbale si adatta meglio ad esprimere i sentimenti e gli atteggiamenti immediatamente percepibili dall'interlocutore.

I comportamenti gestuali e corporei sono più autentici, la parola è portatrice privilegiata di menzogna, mentre la falsificazione di sguardo, intonazioni e movimento è molto più difficile.

Grazie a una sua ricerca di quegli anni, lo stesso autore, ha determinato il peso rispettivo dei tre fondamentali codici comunicativi, che insieme costituiscono il 100%:

-7% il verbale, la parola;

-38% il tono, le inflessioni e le esclamazioni;

-55% il non verbale, mimica, gestualità, postura (De Sario, P. 2002).

Quindi tra i tre tipi di comunicazione quello che in realtà conta maggiormente è la comunicazione non verbale, per il 55%, contro il 7% della comunicazione verbale ed il 38% della paraverbale. In pratica, il messaggio inviato con la nostra espressività corporea giunge prima e più intensamente delle parole, inoltre una discordanza tra linguaggio verbale e non verbale è immediatamente percepita e non predispone a una relazione comunicativa efficace (Saiani.L, 2013).

In ambito assistenziale, il linguaggio del corpo costituisce un codice molto preciso: ad esempio, un paziente con un braccio fratturato mostra un comportamento di difesa, immobilismo e l'operatore può facilmente stabilire con certezza se si tratta del braccio destro o sinistro; il paziente in preda ad una colica addominale giace a letto immobile, al contrario un paziente con una colica renale in atto si muove di continuo alla ricerca di una posizione antalgica (Saiani.L, 2013).

Sono i nostri gesti, la nostra mimica, la nostra postura, il nostro sguardo a fare la comunicazione.

- **1.4 La comunicazione in ambito sanitario**

La comunicazione riveste, un ruolo centrale nell'ambito sanitario, poiché influisce direttamente sulla qualità delle cure e sull'esperienza complessiva del paziente. Questa componente si estende ben oltre la semplice trasmissione di informazioni mediche e coinvolge aspetti fondamentali come l'empatia, la comprensione e la collaborazione. In un contesto in cui la diagnosi accurata, la comprensione delle opzioni di trattamento e il sostegno emotivo sono essenziali, gli operatori sanitari devono padroneggiare non solo le competenze tecniche, ma anche le abilità comunicative. La capacità di ascoltare attivamente i pazienti, di rispondere alle loro preoccupazioni e di fornire informazioni comprensibili è cruciale per garantire che i pazienti si sentano coinvolti nelle decisioni

sulla propria salute e per fare ciò è necessario che l'infermiere non solo conosca sé stesso, ma anche il temperamento e le aspettative del paziente (Fassio, 2006).

Una delle caratteristiche principali dei gruppi che operano in ambito sanitario è la multidisciplinarietà. In un gruppo multidisciplinare vi è un'interazione tra professionisti provenienti da diversi ambiti professionali per il raggiungimento di un obiettivo comune. Per un ottimo ed efficace funzionamento del gruppo, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di cura è fondamentale una buona comunicazione, che non può non essere efficace.

In ambito sanitario la comunicazione è il processo attraverso il quale le informazioni vengono scambiate in modo chiaro ed accurato tra i componenti del team, incluso il paziente. Affinché la comunicazione sia efficace deve essere completa, chiara, concisa e tempestiva (Michael D Cohen, 2010).

La trasmissione di informazioni sulla situazione del paziente da un professionista sanitario a un altro, afferenti o meno allo stesso reparto è definita *handover*. In italiano il passaggio di informazioni tra medici e infermieri o tra famiglie professionali omogenee è definito "consegna" (G & Sumathy M, 2012). L'obiettivo primario della consegna è quello di fornire informazioni accurate riguardo alla presa in carico, al trattamento, alle condizioni attuali e qualsiasi recente o prevedibile cambiamento (Michael D Cohen, 2010).

Il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team all'altro o dagli operatori al paziente o alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza (World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions 2007).

Le informazioni trasmesse attraverso la consegna possono riguardare le condizioni del paziente e i cambiamenti avvenuti, trattamenti in corso e relative modifiche, complicazioni che potrebbero subentrare ed esigenze particolari del paziente e della famiglia (World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions 2007).

Il passaggio delle consegne avviene in molti ambiti durante il percorso di cure: accesso alle cure primarie, passaggio da un medico all'altro, cambio di turni degli infermieri, trasferimento da una unità operativa o struttura all'altra, passaggio dal

Pronto Soccorso al reparto, dimissione verso il domicilio o altra struttura residenziale (World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions 2007).

Quindi la comunicazione in ambito sanitario è un fattore determinante per garantire una cura di alta qualità, la sicurezza del paziente e il benessere generale dei pazienti stessi.

- **1.5 Modalità di trasmissione delle informazioni**

Le informazioni riguardanti il paziente vanno scambiate ogni qualvolta se ne presenti la necessità. Ciò può accadere a fine turno, al rientro dell'infermiere referente del paziente, al trasferimento del paziente in un altro contesto (ad esempio durante il trasferimento da un reparto chirurgico ad una terapia intensiva), alla dimissione e in altri momenti di *briefing* o *debriefing* multidisciplinari (es. valutazione multidimensionale del paziente, *follow up*) (G & Sumathy M, 2012).

In letteratura si possono individuare varie modalità per trasmettere le informazioni. Ci possono essere consegne infermieristiche in forma scritta (su carta o informatizzate), orale, registrata, con una combinazione di metodi (es. consegne scritte e verbali) o al letto del paziente.

Perciò la modalità di comunicazione può essere *face-to-face* di coppia (l'infermiere che dà le consegne e l'infermiere che le riceve), di gruppo (chi ha preso in carico il paziente nel turno appena concluso e chi lo prenderà), ma anche senza alcuna sovrapposizione tra i turni come avviene con le consegne scritte, lette da chi inizia il turno senza alcun contatto con chi le ha scritte, oppure l'ascolto di registrazioni vocali o video (G & Sumathy M, 2012).

La consegna orale permette l'interazione tra professionisti, la possibilità di discutere la situazione del paziente, la chiarificazione delle informazioni non comprese, nonché un momento per apprendere dai colleghi più esperti (Friesen et al., 2008). Tuttavia, una comunicazione puramente verbale, senza il sostegno di una documentazione scritta è rischiosa perché si affida alle capacità mnemoniche del professionista.

Nel caso della consegna scritta una cartella informatizzata assicura maggiore accuratezza e affidabilità delle informazioni e diminuisce i tempi per scrivere, leggere o recuperare i dati (G & Sumathy M, 2012).

Esistono anche dei modelli di trasmissione delle informazioni più strutturati come il modello SBAR (*Situation, Background, Assessment e Recommendation*) orientato alla globalità del paziente.

Il modello S.B.A.R. (= *Situation, Background, Assessment e Recommendation*) sviluppato dalla Marina degli Stati Uniti, usato come tecnica di comunicazione nei sottomarini nucleari e utilizzato in ambito sanitario dal medico anestesista statunitense Michael Leonard, il quale responsabile della sicurezza dei pazienti, si era interrogato su come migliorare le cure mediche ed in particolare le informazioni trasmesse tra medici. Il metodo SBAR fornisce una sorta di check-list per presentare in modo chiaro, completo e rispettando una sequenza di dati importanti riferiti alla situazione del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire (Garbin, 2018).

Aiuta a focalizzare i messaggi essenziali da trasferire, inoltre è efficace sia nella trasmissione scritta che verbale, ma viene utilizzata soprattutto nella trasmissione delle informazioni verbali, nei briefing multiprofessionali (G & Sumathy M, 2012). Questo approccio è un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche particolarmente adatto al contesto dell'emergenza in quanto favorisce lo sviluppo di schemi mentali, velocizza il passaggio di informazioni tra operatori, migliora la qualità delle informazioni scambiate, senza compromettere la sicurezza e l'impatto emotivo che si può creare nella comunicazione orale.

La caratteristica di questo metodo, oltre alla versatilità e semplicità, è quella di contribuire alla formazione di un modello mentale condiviso tra gli operatori che favorisca la comunicazione efficace e garantisca la sicurezza del paziente (Bulfone e Stevanin 2012).

L'acronimo SBAR sta per S situation dove viene identificato il paziente e viene dato una rapida inquadratura della situazione, B Background ovvero il contesto, una panoramica sull'anamnesi del paziente, terapia, interventi e dati clinici più rilevanti; A assessment ovvero valutazione dove si evidenziano parametri vitali, presidi utilizzati e farmaci somministrati; R recommendation dove viene fatto un sunto su tutto ciò che deve essere fatto o richiesto (Garbin, 2018).

L'Organizzazione mondiale della Sanità nella specifica soluzione *Communication during patient handovers* sottolinea che le informazioni da comunicare durante una

consegna sono la situazione attuale del paziente, piano terapeutico, terapia, direttive anticipate (*advance directives*) e qualsiasi cambiamento significativo delle condizioni del paziente.

Inoltre, sottolinea che le organizzazioni sanitarie devono garantire il tempo sufficiente per lo scambio di informazioni e per dare l'opportunità allo staff di fare e rispondere ad eventuali domande (World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions 2007).

- **1.6 La comunicazione inefficace**

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche, dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi, l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile (Ministero della Salute 2015).

Ci troviamo di fronte ad un ambiente in cui si ha un'utenza che ha particolarmente bisogno di aiuto ed è sottoposta ad un grave momento di stress emotivo, di preoccupazione e di confusione.

Tuttavia, troviamo a volte anche gli operatori sanitari che ci lavorano stressati, come ad esempio durante il periodo del COVID-19 che abbiamo vissuto, obbligati a diventare tutti estranei e ha costretto gli operatori sanitari a lavorare oltre le proprie forze.

Inoltre, oggi giorno, aumenta sempre più la domanda ma purtroppo la forza lavoro, nei casi migliori, è sempre la stessa. Gli operatori sanitari a volte sono talmente oberati di lavoro, trascinati dal vortice del "tutto e subito", che non riescono ad avere una comunicazione efficace con il paziente. Questo porta inevitabilmente ad avere una comunicazione a dir poco difficile sia tra colleghi che tra operatori sanitari e pazienti.

Nel caso poi di un paziente agitato bisogna anche riuscire a comunicare in maniera da raccogliere le nozioni basilari che il paziente, in quello stato, potrebbe involontariamente omettere. In questo caso la comunicazione è molto complessa perché

bisogna cercare di avere una relazione col paziente di tipo circolare, in modo da avere dei validi feedback per riuscire a raccogliere una anamnesi il più accurata possibile.

Affinché la comunicazione mantenga l'efficacia, bisogna evitare i modi che riducono ogni possibilità di comprensione tra le parti, tra cui usare atteggiamenti o discorsi ambigui, il parlare per illusioni, il generalizzare e così via.

Bisogna fare attenzione al nostro interlocutore, al suo modo di porsi, fare attenzione ad usare un linguaggio a lui comprensibile e cercare di essere chiari.

Si può invitare il paziente a fare delle domande riguardo alle cose poco chiare, si può cercare di dialogare con lui cercando di trovare una connessione a livello umano, si può ricevere un feedback chiedendo più volte se ha capito quello che è stato detto e lo si può tranquillizzare dove possibile farlo.

La mancanza di una comunicazione efficace tra professionisti della salute può comportare gravi conflitti all'interno delle realtà lavorative.

In tutte le attività, procedure, soprattutto se inficiata da una pessima comunicazione, può essere esposta ad un rischio di non essere completata adeguatamente.

Perciò le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire la massima protezione possibile dai danni che si verificano nei processi di cura. È possibile fare ciò attraverso il *clinical risk management* o gestione del rischio clinico, che è “un approccio al miglioramento della qualità delle cure dedicato all'identificazione delle circostanze che mettono il paziente a rischio di danno e al controllo di queste circostanze” (Del Poeta et al., 2006).

• 1.7 Epidemiologia degli eventi avversi in relazione alla comunicazione infermieristica

Il modello a “formaggio svizzero” di James Reasons spiega perfettamente quello che avviene nel mondo sanitario, ma non solo, quando si manifesta un evento avverso cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale, anche quelli che possono essere i suoi esiti, potenzialmente catastrofici. (Figura1) (Ministero della Salute, 2004). Ogni fetta di formaggio rappresenta uno strato difensivo dell'organizzazione.

Questi strati nelle organizzazioni complesse sono diversi: alcuni sono basati sull'affidabilità dei sistemi ingegnerizzati, altri basati sull'affidabilità umana, altri ancora dipendenti da controlli e procedure.

Ognuno di questi strati dovrebbe idealmente essere privo di punti critici, ma in realtà in ognuno ci sono, come appunto in una fetta di formaggio svizzero, una serie di buchi che sono in grado di aprirsi, chiudersi, spostarsi, al variare delle prospettive adottate in quella determinata parte del sistema. La presenza di questi buchi in diversi strati di per sé non è sufficiente per il verificarsi di un incidente che accade solo in quelle particolari situazioni in cui questi si trovano allineati e permettono la cosiddetta *traiettoria delle opportunità*.

Se questi fossero sempre allineati ci troveremmo di fronte ad un sistema completamente cieco, che non ha saputo fin dalle prime fasi di progettazione far fronte ai problemi ed è quindi particolarmente vulnerabile e soggetto ad incidenti (Ministero della Salute, 2004).

I buchi sono invece disposti in modo casuale, segno che ad ogni livello organizzativo corrispondono delle criticità specifiche. I buchi sono causati sia da **errori attivi**, cioè commessi da operatori che sono in diretto contatto con il paziente, plausibilmente errori d'esecuzione (slips e lapses), sia da **errori latenti**, cioè remoti nel tempo e riferibili a decisioni di progettazione del sistema, errori di pianificazione (mistakes). Poiché gli errori attivi non potranno mai essere eliminati in modo definitivo, per aumentare la sicurezza di un sistema è necessario influire sulle criticità latenti, sulle quali gli errori attivi s'innescano (Ministero della Salute, 2004).

Le fonti dell'errore che infieriscono nel mondo sanitario sono molteplici e non possiamo dimenticarci di: formazione inadeguata del personale, un team non coeso e non collaborativo, procedure lunghe, insidiose e incomplete, stress per turni troppo lunghi per sopperire alle carenze di personale, conflittualità, aumento dei contenziosi tra pazienti ed operatori sanitari, questi sono tutti difetti di comunicazione che possono portare potenzialmente al verificarsi dell'errore.

Secondo una revisione della Joint Commission sull'analisi delle cause più frequenti alla base degli eventi sentinella segnalati volontariamente negli Stati Uniti, risulta che negli anni 2013-2014-2015 gli eventi segnalati sono riconducibili ad un problema di comunicazione rispettivamente per il 63%, 64% e 72% (Department of Health, 2012).

Per quanto riguarda il contesto italiano, invece, di 1918 eventi sentinella segnalati tra settembre 2005 e dicembre 2012, il 38% sono attribuibili a fattori legati alla comunicazione (Ghirardini, 2013).

Uno studio australiano, analizzando 241 incidenti relativi alla gestione clinica infermieristica, ha evidenziato che il 22% degli errori è attribuibile ad una inefficace comunicazione tra infermieri durante le consegne (Tran e M. J. (2010).

Una inefficace comunicazione durante le consegne può avere conseguenze per la sicurezza del paziente sia a lungo termine che immediate. Nell'immediato una consegna inadeguata comporta una perdita di informazioni, ritardi nella formulazione di una diagnosi o nell'individuare cambiamenti delle condizioni del paziente, maggiore incidenza di eventi avversi che mettono in pericolo la vita del paziente.

Invece, i potenziali effetti a lungo termine includono un aumento delle denunce da parte dei pazienti, un aumento dell'ospedalizzazione, un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria (Gardiner e A. P. 2015).

• 1.8 Gestione dei conflitti

In ogni organizzazione o gruppo di lavoro, dove più persone si trovano a lavorare insieme e a confrontarsi, fisiologicamente possono verificarsi dei conflitti. I conflitti si verificano per svariati motivi ed è sempre bene cercare di prevenirli e prevederli. Se questo non è possibile, occorre affrontarli non appena si verificano (Vannini, 2023).

La conoscenza della natura del conflitto e delle dinamiche conflittuali si situa alla base di ogni buona relazione e interazione umana, pertanto, si considera che l'apprendimento di elementi di conoscenza della trasformazione dei conflitti possa favorire un miglior lavoro nel team professionale così come una relazione più costruttiva con i pazienti e i loro caregiver. Gli strumenti della trasformazione dei conflitti si rivelano particolarmente utili anche per i professionisti che rivestono ruoli di leadership, per comprendere le dinamiche delle relazioni conflittuali all'interno dei gruppi e poterne favorire la trasformazione, a beneficio dell'insieme e dei singoli (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

L'essere umano, per soddisfare i propri bisogni essenziali, deve creare “accordi” con i suoi simili, utilizzando lo strumento della comunicazione, come necessità imprescindibile.

Per questo motivo, tra l'altro, la natura ha previsto meccanismi di decodifica dei messaggi di comunicazione non verbale.

Tali accordi possono essere efficaci oppure inefficaci, i secondi detti anche “conflittuali”. Si può quindi definire il conflitto come una comunicazione inefficace, ovvero che non raggiunge lo scopo di stipulare un accordo tale da soddisfare i bisogni essenziali delle parti della relazione. Quanto ai bisogni essenziali la cui mancata soddisfazione è alla radice profonda dei conflitti, si ricorda la classificazione proposta da Johan Galtung:



Fig.1 – I quattro bisogni fondamentali secondo Johan Galtung (Ministero della Salute, 2015, p. 40)

In questa classificazione il termine sopravvivenza indica la permanenza in vita per quanto biologicamente possibile, il benessere contempla dimensioni fisiche, psicologiche, emotive e sociali dello “star bene”, l'identità riguarda il rispetto della persona in relazione alla sua appartenenza etnica, culturale, di genere o sociale, la libertà riguarda il rispetto delle scelte individuali fin dove queste non impattino sugli spazi di libertà altrui, singoli o collettivi (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

Una definizione di conflitto efficace viene ancora da Galtung, che lo definisce una “incompatibilità di scopi”: si è in presenza di una situazione nella quale vi è la percezione - non necessariamente la realtà - che l'altro o i suoi scopi siano di ostacolo alla realizzazione dei propri e per questo si attivano le dinamiche che si guarderanno ora attraverso la lente del noto modello di Patfoort (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

- **1.9 Il modello M/m di Patfoort:**

L'antropologa belga Pat Patfoort ha messo a punto un modello di analisi semplificata del conflitto molto efficace e di semplice applicazione per spiegare cosa accade nella

situazione in cui un differente giudizio di valore metta due persone in una posizione l'una Maggiore e l'altra minore; il modello identifica le posizioni con “M” maiuscolo e “m” minuscolo; il modello si applica indifferentemente anche ai gruppi o alle culture o ideologie e così via (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

La relazione sana tra due soggetti x e y è caratterizzata da un giudizio di pari livello o valore ovvero da una “assenza di giudizio”, che si può rappresentare graficamente così:

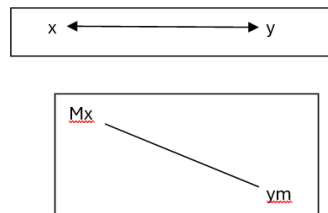


Fig.2 – La relazione conflittuale secondo Patfoort (Ministero della Salute, 2015, p. 41)

Le parti semplicemente procedono allo scambio paritario tra loro e trovano un accordo di mutuo vantaggio nel quale ciascuno è soddisfatto rispetto ai propri scopi o bisogni, dando all'altro la propria collaborazione, in modo attivo (con azioni positive) o passivo (evitando di interferire con gli scopi dell'altro).

Il modello di Patfoort descrive l'intervento di un giudizio di valore attraverso il grafico seguente, che introduce appunto le posizioni di Maggiore (M) e minore (m): Si potrebbe dire che, secondo la definizione di Galtung, x immagina che se y restasse in posizione paritaria rispetto a sé questo interferirebbe con i suoi scopi, dunque, si pone nella posizione dominante “M”. Si consideri un momento il modello M/m nel contesto di una relazione di cura; si potrà comprendere che già il fatto di essere ammalato e d'aver bisogno di cure mette a rischio il paziente di mettersi da solo in una posizione “m”, auto-svalutandosi in virtù della propria diminuita capacità fisica (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

Il contesto ospedaliero, in caso di ricovero, può ulteriormente peggiorare la situazione: la persona si trova catapultata in un luogo pubblico, privo d'intimità, a interagire con personale che esercita un potere, originariamente funzionale ma che può assumere caratteri di superiorità.

Un primo passo per prevenire l'insorgere d'una relazione conflittuale è evitare di entrare in questo modello; pertanto, il personale medico e sanitario, che in un quadro

come quello descritto può facilmente trovarsi nella posizione “M”, deve prestare attenzione e non entrare in questa situazione, ma anzi neutralizzarla (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

I conflitti in un’organizzazione sanitaria nascono se: Si manifestano troppi cambiamenti e il gruppo non è pronto o preparato; C’è un eccessivo turnover, che non permette agli operatori di creare un gruppo di lavoro stabile e duraturo, C’è una bassa motivazione al lavoro, C’è confusione nell’ambiente di lavoro, con indicazioni poco chiare e una modalità di lavoro confusa, C’è poca formazione e quindi personale non preparato, C’è poco personale e quindi un sovraccarico di lavoro, Non c’è un leader, ovvero una persona che sia in grado di guidare il gruppo, C’è una comunicazione inefficace (Vannini, 2023).

Si indicano di seguito, a titolo d’esempio, alcune azioni che possono favorire la prevenzione di queste dinamiche e altre che è raccomandabile evitare.

Azioni che possono migliorare la situazione:

- Rispettare il paziente;
- Parlare in presenza del paziente considerandolo parte della conversazione;
- Salutare il paziente ed eventualmente i familiari che l’accompagnano;
- Presentarsi al primo incontro e verificare l’identità della persona;
- Tenere aggiornato il paziente sulla sua situazione;
- Assicurarsi di dare informazioni che vengano comprese;
- Rispettare per quanto possibile il pudore e il senso di intimità;
- Usare con il paziente le formalità sociali abituali;
- Immaginare d’aver di fronte una persona cara.

Azioni che devono essere evitate:

- Depersonalizzare il paziente: esempio “il cancro al polmone della 18”;
- Evitare il paziente o ignorarlo quando è presente, parlando “su di lui” ma non “con lui”;
- Non salutare e non presentarsi;
- Trattare il corpo del paziente come un oggetto inanimato;
- Dare sistematicamente e senza consenso del “tu” al paziente, o usare il nome proprio inappropriatamente, specialmente con gli anziani;

- Comunicare in un linguaggio tecnico incomprensibile (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

Tornando al ragionamento sul classico modello M/m di Patfoort se la prima rappresentazione appena vista può fornire un'immagine statica della relazione, è sufficiente aggiungere qualche vettore di forza per dare un'idea della dinamica della relazione conflittuale:

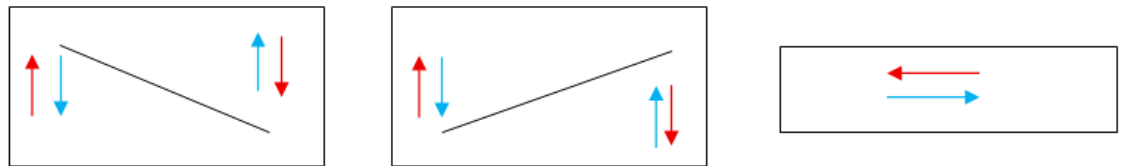


Fig.3- dinamica della relazione conflittuale secondo Patfoort (Ministero della Salute, 2015, p.42)

Si può osservare come la situazione di conflitto sia una specie di “altalena” nella quale la persona che si ritiene meritevole della posizione “M” spinge verso il basso quella in “m”, ovvero spinge se stessa verso l’alto, verso il raggiungimento del proprio fine a discapito dell’altra.

Se si applica il modello dinamico esposto a una relazione medico-paziente è possibile immaginarlo svilupparsi così nella pratica: in una prima fase il medico può porsi in posizione “M”, perché si sente socialmente superiore, perché confonde la maggiore competenza tecnica con una superiorità sul piano umano, per una forma difensiva di distacco emotivo o per altre ragioni soggettive.

L’altra parte, il paziente, dapprima non può che subire la posizione “m”. Quando recupererà l’autonomia e sarà uscito dalla sfera di controllo e potere del medico, cercherà a sua volta di porsi in posizione “M” e ricacciare il medico in “m”; a questo scopo un primo passo potrebbe essere quello di non seguire le prescrizioni, o potrà fare un reclamo oppure aprire un contenzioso ovvero, in casi estremi, arrivare alla violenza verbale o fisica.

Tuttavia, chi ha “perso” il confronto una prima volta cercherà in seguito la “rivincita”, e così l’altalena continua spinta dall’aggressività, non necessariamente fisica, ma verbale o morale (Ministero della Salute & FNOMCeO, 2015).

Negli ultimi anni si sono moltiplicati i casi di aggressione a professionisti sanitari associati a danni ai loro beni, alle strutture e ai servizi in cui gli stessi lavorano. Ad esempio, spesso questi eventi si sono verificati nel pronto soccorso (Ministero della Salute, 2025).

Una recente revisione ha evidenziato gli effetti della violenza sugli operatori sanitari, che vanno ben oltre il danno fisico, influenzando la qualità dell'assistenza sanitaria e portando a costi diretti e indiretti per il sistema sanitario (Conor J. et al., 2024).

Qui di seguito si riportano le principali risultanze di tale revisione per quanto riguarda le conseguenze degli eventi aggressivi e la stima dei costi connessi:

- La violenza contro il personale sanitario può anche compromettere la sicurezza dei pazienti, riducendo la qualità delle cure e aumentando il rischio di errori medici (Nowrouzi-Kia B et al., 2019; Liu J et al., 2019).

- Uno studio condotto in Giordania da Alhamad (Alhamad et al., 2021) ha rilevato che il 72% dei medici intervistati ritiene che le aggressioni subite abbiano avuto un impatto negativo sulle loro prestazioni lavorative.

- Una revisione di 36 studi da parte di Guo ha identificato diversi effetti, tra cui ritardi nei test diagnostici e un aumento delle complicanze post-operatorie, a causa della violenza nei confronti degli operatori (Guo et al., 2022). Inoltre, la violenza è stata associata al *burnout*, che a sua volta aumenta il rischio di errori medici (Dyrbye et al., 2022).

- Il fenomeno della violenza ha anche un impatto significativo sul personale, che spesso abbandona il lavoro. In Cina, ad esempio, il 50% degli infermieri di sala operatoria ha dichiarato di voler cambiare carriera a causa delle aggressioni e il 60% dei nuovi infermieri si licenziava entro i primi sei mesi per tale motivo (Liu J et al., 2019). Questo fenomeno ha conseguenze economiche pesanti, con costi di sostituzione stimati in 88.000 dollari per infermiere, e un costo annuale totale di sostituzione che può arrivare fino a 4 miliardi di dollari.

- La violenza nei luoghi di lavoro comporta anche costi diretti associati alla prevenzione. Negli Stati Uniti, per esempio, sono stati spesi 4,7 miliardi di dollari per la sicurezza ospedaliera, con una quota significativa (18%) destinata alle misure di prevenzione della violenza (Grossman e Choucair, 2020).

- Le aggressioni portano anche ad assenze dal lavoro, come documentato da Viottini (Viottini et al 2020) in un ospedale universitario italiano, dove il 53% dei lavoratori che hanno subito violenza ha richiesto un periodo di assenza dal lavoro (Ministero della Salute, 2025).

Altri studi, di seguito rappresentati, hanno rilevato che la violenza ha ripercussioni anche sulla produttività, sull'efficienza organizzativa e sulla qualità dell'assistenza.

- La violenza può determinare *stress*, *burnout*, assenteismo e una riduzione della qualità delle relazioni con i pazienti, con conseguenti danni economici per le strutture sanitarie (Ayasreh e Hayajneh, 2021; Parrish, 2019; Pariona-Cabrera et al., 2020).

- La paura e la disaffezione verso il lavoro che derivano dagli episodi di violenza incidono negativamente sulla performance degli operatori sanitari, aumentando l'assenteismo, il *turnover* e la sfiducia verso il team di lavoro e la dirigenza (Ministero della Salute, 2012; Fernandes et al., 1999).

I dati complessivi della Regione Marche del 2024 riportano un totale di 251 eventi, con un incremento di 161 eventi rispetto al 2023, che ne contava 90:

- La distribuzione degli eventi per genere risulta così suddivisa: 166 [66%] di genere femminile e 85 [34%] di genere maschile. La suddivisione per fascia di età mostra la seguente distribuzione: fino a 29 anni: 30 eventi [12%]; 30-39 anni: 63 eventi [25%]; 40-49 anni: 57 eventi [28%]; 50-59 anni: 77 eventi [31%]; 60 anni e più: 24 [10%].

- I profili professionali maggiormente esposti ad eventi di aggressione sono: Infermiere: 174 eventi [69%]; Medico Chirurgo: 15 eventi [9%]; OSS: 19 eventi [7,6%]; Psicologo: 8 eventi [3%]; Assistente sociale: 4 eventi [2,8%].

- I setting assistenziali dove maggiormente si verificano le aggressioni sono i seguenti: Pronto soccorso: 95 eventi [37%]; Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC): 27 eventi [10%]; Area di degenza: 28 eventi [11%]; Servizi Psichiatrici Territoriali (REMS): 18 eventi [7%]; Ambulatorio: 10 eventi [4%]

- La tipologia di aggressione più frequente è quella verbale (nr. 157 [78%]); l'aggressore maggiormente responsabile è l'utente/paziente (nr. 169 [67%]).

I dati emersi dall'indagine di prevalenza, realizzata grazie alla collaborazione degli Enti del SSR della Regione Marche, evidenziano un incremento significativo del numero di eventi segnalati rispetto all'anno precedente. Tale aumento potrebbe essere attribuibile a una maggiore consapevolezza e sensibilità dei professionisti sanitari riguardo alla segnalazione degli eventi, nonché a un miglioramento dei sistemi di raccolta dati (Ministero della Salute, 2025).

I risultati dell'indagine rappresentano una preziosa base di partenza per il rafforzamento delle strategie regionali in tema di gestione del rischio sanitario e sicurezza, confermando il valore del monitoraggio continuo per migliorare la qualità dell'assistenza e la tutela del personale sanitario (Ministero della Salute, 2015, p.42).

Il fenomeno della violenza e aggressioni nei confronti del personale sanitario che colpisce soprattutto l'ambito dei servizi di emergenza-urgenza risultando maggiormente sensibili ed esposti a tali eventi avversi, non solo ha impatti devastanti sulla salute e sul benessere degli operatori, ma comporta anche gravi conseguenze economiche per i sistemi sanitari, inclusi costi diretti e indiretti associati alle aggressioni, all'assenza dal lavoro e alla perdita di produttività. Investire nella prevenzione della violenza rappresenta una strategia fondamentale per ridurre questi impatti negativi e migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria (Ministero della Salute, 2025).

La legge 14 agosto 2020, n. 113 avente ad oggetto “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni”, all'art. 2, ha previsto l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti (Ministero della Salute, 2025).

- **1.10 La COMUNICAZIONE per la promozione della sicurezza**

La comunicazione ha un ruolo significativo in tutti gli ambiti della promozione della sicurezza per i pazienti, infatti, costituisce un processo che determina efficacia, efficienza e produttività dell'organizzazione, contribuendo nei tempi e nei modi più opportuni, all'insorgenza di fattori di rischio.

La comunicazione ricopre infatti un ruolo centrale nell'eziologia, nell'aggravamento e nel contenimento degli effetti degli errori in medicina.

In particolare, la comunicazione con il paziente è centrale per l'efficacia dei processi di cura e per promuovere un rapporto di fiducia tra il paziente e l'équipe assistenziale.

Oltre a ragioni etiche e deontologiche, una comunicazione trasparente ed onesta degli errori e degli eventi avversi è essenziale per promuovere e rafforzare la relazione medico-paziente-équipe, per coinvolgere in modo consapevole il paziente stesso nelle eventuali modifiche del piano assistenziale.

La comunicazione va promossa a livello di sistema ma anche resa "competenza e strumento professionale" di ciascun operatore e dirigente. Le Aziende sanitarie devono elaborare un protocollo sulle modalità di comunicazione specifica degli eventi avversi, in modo da assicurare l'adozione di un comportamento omogeneo da parte di tutto il personale.

In corrispondenza alla crescente rilevanza della problematica, negli ultimi anni a livello internazionale è notevolmente aumentata la letteratura relativa alla comunicazione nella gestione del rischio clinico.

Documenti istituzionali di particolare impatto sono stati adottati in alcuni paesi, tra cui si citano ad esempio: in Australia il documento "Open Disclosure Standard" del 2003, che enfatizzava, tra l'altro, l'esigenza di comunicazione tra operatori sanitari e con tutto l'altro personale della azienda sanitaria e tra operatori e pazienti e parenti (Ministero della Salute, 2010).

La gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti al verificarsi di un evento avverso richiede un approccio consistente, chiaro e definito sulla base di una procedura condivisa da parte di tutte le strutture sanitarie del SSN, basata sia sulla gestione dell'evento avverso che sulla comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari rispetto a quanto avvenuto, sulla base di ciò che la letteratura evidenzia come "Sorry, it works".

Questo approccio richiede un'analisi accurata ed approfondita dell'evento avverso, l'identificazione dei fattori contribuenti e delle cause radice e la definizione di un piano di azione per ridurre la probabilità di accadimento dell'evento avverso.

Per favorire la gestione efficace degli eventi avversi, è necessario rendere disponibili strumenti specifici che consentano di ridurre il rischio, generare i necessari

miglioramenti di sistema e promuovere una cultura centrata sulla sicurezza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

OBIETTIVO

Lo sviluppo delle competenze relazionali rappresenta un pilastro imprescindibile durante le attività professionali: ogni atto clinico si realizza all'interno di un incontro tra soggettività, in un processo continuo di scambio di significati. Le competenze relazionali trasformano una prestazione tecnica in un atto di cura.

L'obiettivo dello studio è quello di valutare la comunicazione in ambito tecnico e relazionale e in entrambi associati, inoltre identificare da subito le discrepanze della comunicazione fra infermieri e/o studenti e pazienti legato a conoscenze acquisite lungo il percorso di vita, la formazione professionale e gli ambiti di tirocinio, in termini tecnici (come nel caso del prelievo venoso) ed in termini relazionali (laboratorio relazionale) attraverso un'osservazione partecipata durante l'attività tutoriale del laboratorio relazionale.

Come secondo obiettivo è quello fornire agli studenti strumenti necessari per individuare e gestire le conflittualità comunicative che avvengono nelle realtà lavorative, così da giocare d'anticipo e quindi prevenire situazioni spiacevoli di disagio, ostilità, conflittualità che lo studente, futuro infermiere, dovrà affrontare nel suo percorso formativo e lavorativo.

Come terzo obiettivo è quello di individuare una strategia formativa di miglioramento e contribuire al potenziamento della qualità assistenziale.

MATERIALI E METODI

Sono state prese in considerazione le due aree di impiego dell'assistenza infermieristica: quella tecnica e quella relazionale. Nel primo caso è stato selezionato il laboratorio del prelievo venoso, area molto tecnica che implica una relazione limitata alla sola verifica dell'identità del paziente, ma che viene fatta più volte, alla verifica delle etichette sulle provette e prima di eseguire il prelievo venoso. Un insieme che pur se parzialmente riprodotto durante il laboratorio tramite le simulazioni con manichini, diventa essenziale nei momenti didattici di verifica delle provette e dell'identità del paziente ivi riportata. Parallelamente, le conoscenze apprese nel laboratorio relazionale vengono affiancate a quelle tecniche in un unico ambito valutativo.

Risulta dunque di primaria importanza per la professione dell'infermiere di saper comunicare in modo efficace ed efficiente, per favorire il soddisfacimento dei bisogni dell'assistito e la compliance del malato al trattamento, trasmettendo sicurezza alla persona assistita onde evitare sentimenti di frustrazione e ostilità (Carpenito-Moyet, L. J. (2020).

Considerando l' articolo inerente lo sviluppo delle competenze relazionali tramite il percorso dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Milano, come parte integrante della formazione esperienziale e riflessiva offerta agli studenti (Rivista FNOPI L'infermiere N° 3-2025), mi sono chiesta se il percorso formativo tutoriale inerente al laboratorio relazionale rivolto agli studenti del 2° anno di corso, 1° semestre (canale A) in infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM) di Ancona, fosse funzionale per dare agli studenti strumenti utili ad identificare gli elementi di una comunicazione efficace in ambito sanitario, riconoscere e gestire le conflittualità comunicative tra professionisti della salute, tra infermieri e/o studenti e pazienti, all' interno delle realtà lavorative.

Per analizzare lo studio di tipo qualitativo, è stata effettuata in primis una revisione della letteratura messa in pratica con l'analisi di diversi database tra cui Pubmed, Cochrane, Science Direct, Google scholar, FNOPI con l'individuazione di studi e

requisiti adatti all'inclusione nello studio. La revisione della letteratura è stata condotta da ottobre 2025 a febbraio 2026.

Parole chiave utilizzate per la ricerca:

- relazione infermiere paziente/Nurse-patient relationship,
- laboratorio relazionale,
- comunicazione simmetrica e asimmetrica

La revisione è stata eseguita per preparare il questionario da somministrare agli studenti. Alcune domande del questionario sono state estrapolate dal seguente articolo "Interpersonal Communication Assessment Scale: Psychometric Study of the Portuguese Version, 2013", mentre le altre sono state costruite ad hoc, non avendo reperito in letteratura strumenti utilizzabili per l'indagine in oggetto.

Il questionario composto da ventidue domande a risposta chiusa e aperta va ad indagare quattro macroaree: 1°- la comunicazione in generale; 2°- la comunicazione interprofessionale; 3°- la comunicazione in particolare fra professionista e assistito; 4°- la comunicazione specifica esempio: durante il prelievo venoso. (Allegato 2)

Una volta conclusa la revisione riguardante l'argomento, è stato somministrato un questionario al Focus Group di Tutor abilitati a svolgere il loro ruolo, per valutare la chiarezza, l'attendibilità, la fattibilità e completezza delle domande che verranno poi presentate agli studenti al termine del laboratorio relazionale.

In seguito, è stata eseguita un'osservazione partecipata agli studenti del 2° anno di infermieristica dell'UNIVPM di Ancona durante l'attività tutoriale del laboratorio relazionale, strumento che permette di registrare le modalità della trasmissione dei saperi da parte dei tutor ai discenti, senza dare una valutazione dell'operato, ma rilevando solo eventuali complessità/confittualità nell'acquisizione dei saperi da parte degli studenti.

Tutti gli studenti (tot: 62) hanno partecipato al laboratorio relazionale e sono stati suddivisi in 4 gruppi (A,B,C,D).

Il laboratorio relazionale è stato svolto in un'aula dell'UNIVPM, illuminata, lontana dai rumori/suoni, con spazi fisici idonei, inoltre è stato organizzato dal tutor in due parti: la 1° dalla durata di 4h, descrivendo la comunicazione in generale (cos'è, i vari tipi di comunicazione, confronto con gli studenti durante la lezione). La 2° parte dalla durata

di 3h, riguardante la gestione dei conflitti tra i tre diversi ambiti: teoria (lezioni), addestramento (laboratorio), pratica (tirocini).

Gli studenti hanno partecipato a tratti attivamente durante il corso del laboratorio relazionale mentre durante la 2° parte del laboratorio, i ragazzi si sono messi in gioco nell'esprimere le proprie opinioni su tematiche presentate in aula.

Alla fine del laboratorio relazionale è stato somministrato un questionario in uscita per valutare da subito le discrepanze della comunicazione fra infermieri e/o studenti e pazienti legato alle conoscenze acquisite da parte di chi compila il questionario, in termini tecnici (come nel caso del prelievo venoso) ed in termini relazionali (laboratorio relazionale).

Tutti gli studenti (n.62) canale A, hanno compilato il questionario in un'aula dell'UNIVPM.

I dati sono stati raccolti nel periodo compreso dal 9 ottobre 2025 al 24 ottobre 2025, in seguito è stata eseguita un'elaborazione dei dati con l'osservazione partecipata e con il questionario concludendo con la condivisione dei dati elaborati con il gruppo di lavoro dei tutor (Focus group).

In questo modo verrà fornito all'Università Politecnica delle Marche un quadro indicativo da cui partire per indagare se viene stabilita una buona relazione assistenziale tra infermiere e/o studente e paziente (sia in termini tecnici che relazionali) composta da diversi elementi come: ascolto attivo, coinvolgimento e supporto del paziente, stabilire un rapporto di fiducia con la persona e introdurre eventuali cambiamenti ove necessario per garantire sicurezza del paziente e qualità assistenziale alle prestazioni sanitarie.

Visionando l'articolo dal titolo "Nel cuore della relazione: l'esperienza dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica" pubblicato nella Rivista FNOPI L'infermiere N° 3-2025, è stato analizzato il piano studi del corso di Laurea in Infermieristica A.A 2024-25 inerente al laboratorio relazionale delle principali Università d'Italia. In seguito, ho raccolto i dati e riassunti in una tabella. (Allegato 3)

Pertanto, verrà identificata l'effettiva offerta didattica dei laboratori relazionali che permette di evidenziare quanto la formazione "core" sia realmente uniforme, standardizzata a livello nazionale.

RISULTATI

In questo capitolo segue la presentazione dei risultati ottenuti in seguito alla somministrazione del questionario in uscita al termine del laboratorio relazionale.

Lo studio ha coinvolto n.62 studenti (canale A) del 2° anno dell'UNIVPM di Ancona. Dall'analisi del questionario emerge che l'età media gruppo A è pari a 24 anni, gruppo B è pari a 23 anni, gruppo C è pari a 25 anni, gruppo D è pari a 24 anni. Il genere femminile (n. 54) prevale con una percentuale dell'87% rispetto a quello maschile (n.8) 13%. Di seguito la 1° macroarea: la comunicazione in generale:

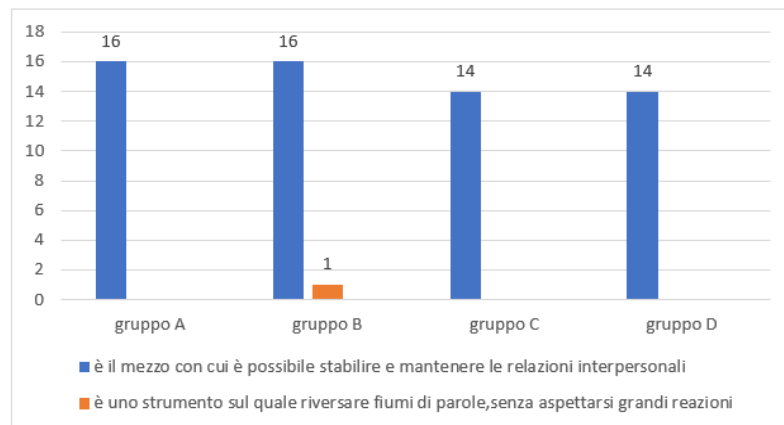


Fig. 1 – Titolo: Cosa significa comunicare?

La prima domanda del questionario ha indagato cosa significa comunicare ed è emerso che la maggior parte degli studenti n.60 (98%) hanno risposto che è il mezzo con cui è possibile stabilire e mantenere le relazioni interpersonali, uno studente (1%) si è astenuto nel rispondere alla domanda e uno studente (1%) ritiene che sia uno strumento sul quale riversare fiumi di parole, senza aspettarsi grandi reazioni.

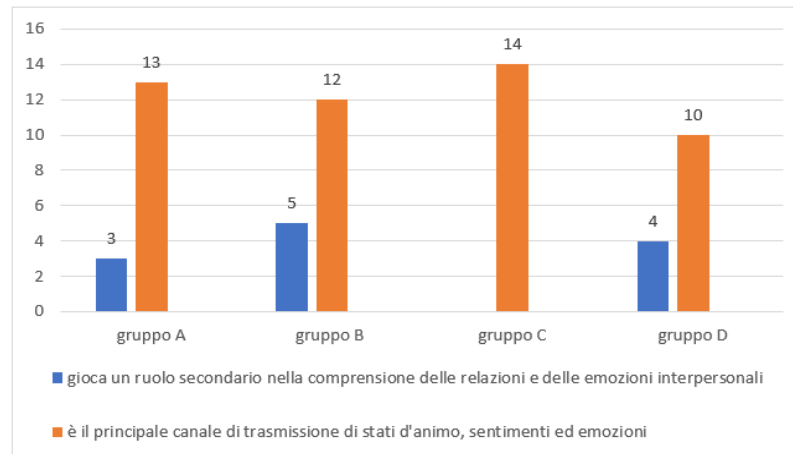


Fig. 2 – Titolo: La comunicazione non verbale

Il ruolo della comunicazione non verbale per la maggior parte degli studenti n.49 (79%) è il principale canale di trasmissione di stati d'animo, sentimenti ed emozioni, uno studente (2%) si è astenuto nel rispondere alla domanda mentre una piccola parte di studenti n.12 (19%) ritiene che giochi un ruolo secondario nella comprensione delle relazioni e delle emozioni interpersonali.

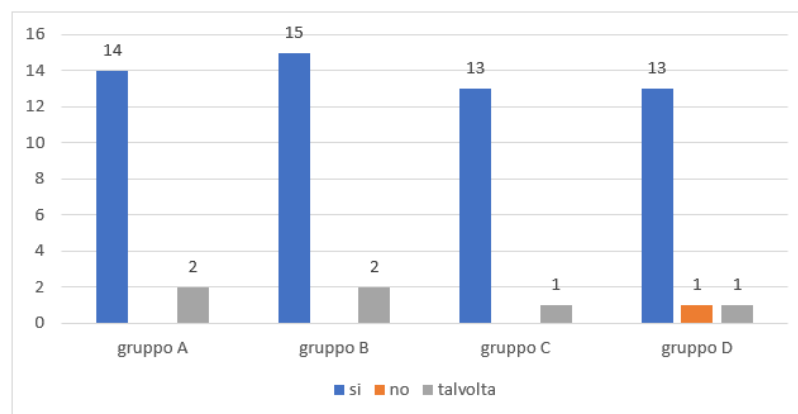


Fig. 3 –Titolo: Quando qualcuno ti parla, cerchi di ascoltarlo per comprendere ciò che vuol dire?

Quando qualcuno ti parla, cerchi di ascoltarlo per comprendere ciò che vuol dire?

Per la maggior parte degli studenti n.55 (89%) risponde in modo affermativo, uno studente (1%) quando qualcuno gli parla, non presta ascolto per comprendere ciò che vuol dire, mentre alcuni studenti n.6 (10%) rispondono talvolta.

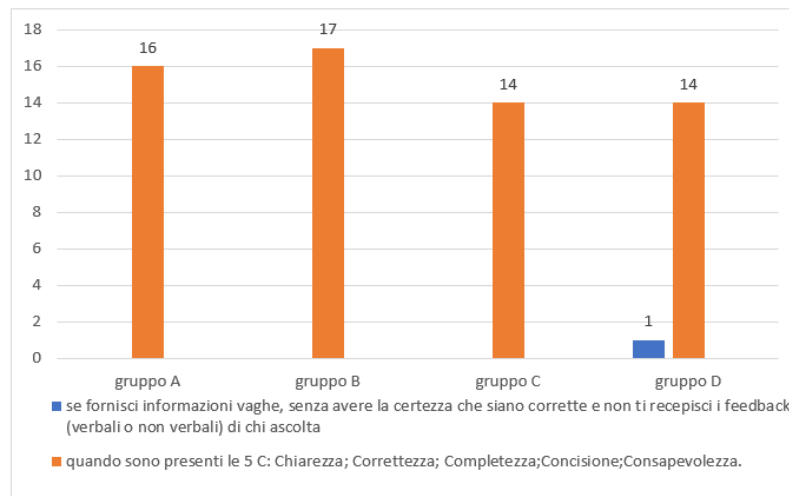


Fig. 4 – Titolo: Una comunicazione è efficace:

Gran parte degli studenti n.61 (98%) ritiene che una comunicazione efficace avvenga quando sono presenti le 5C: chiarezza, correttezza, completezza, conclusione, consapevolezza.

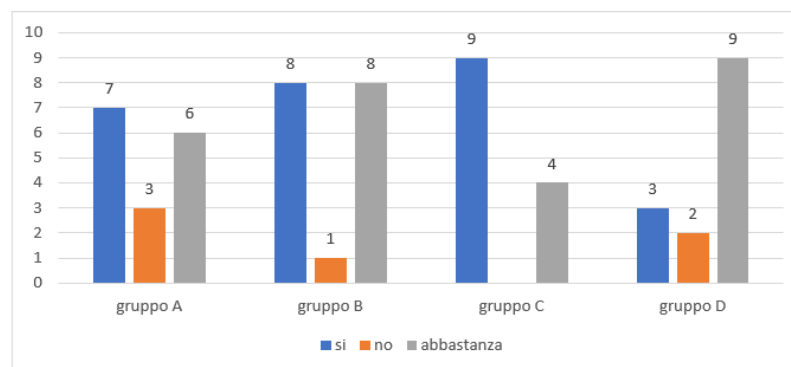


Fig. 5 – Titolo: Durante la vostra formazione universitaria teorica e pratica tutt'ora in corso, avete ricevuto strumenti per il riconoscimento e per un miglior approccio comunicativo con gli assistiti?

La quinta domanda del questionario ha indagato se durante la formazione universitaria teorica e pratica tutt'ora in corso, gli studenti hanno ricevuto strumenti per il riconoscimento e per il miglior approccio comunicativo con l'assistito ed è emerso

che alcuni studenti n.27 (44%) hanno risposto di sì, una piccola parte n.6 (10%) hanno risposto in modo negativo, mentre altri studenti n.27 (44%) rispondono di aver ricevuto abbastanza strumenti utili per il riconoscimento e per il miglior approccio comunicativo con l'assistito. Due studenti (2%) si sono astenuti nel rispondere alla domanda.

2° macroarea: la comunicazione interprofessionale:

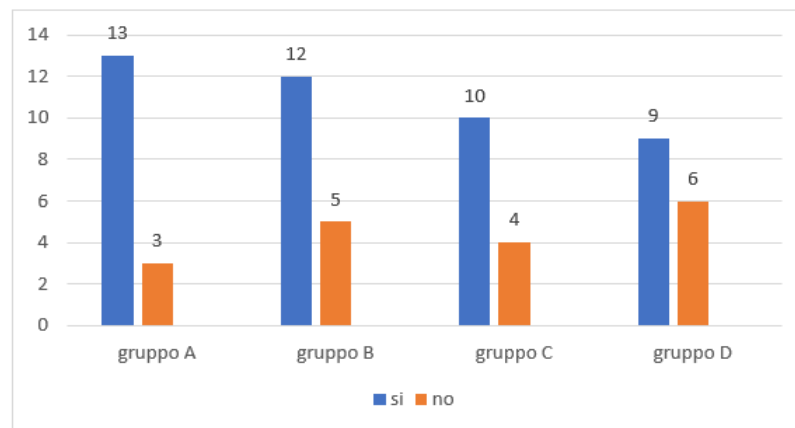


Fig. 6 – Titolo: Sei soddisfatto della comunicazione durante le consegne infermieristiche?

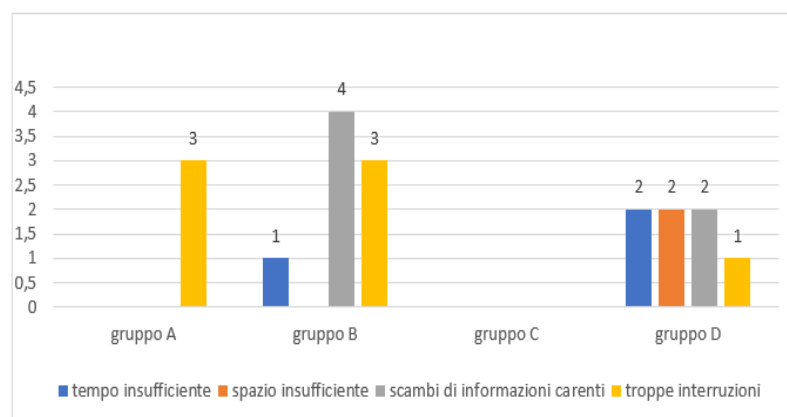


Fig. 7 – Titolo: Se no, perché?

Sei soddisfatto della comunicazione durante le consegne infermieristiche?

La maggior parte degli studenti n.44 (71%) sono soddisfatti della comunicazione durante le consegne infermieristiche, mentre i restanti n.18 (29%) sono insoddisfatti prevalentemente per troppe interruzioni (39%), scambi di informazioni carenti (33%), tempo insufficiente (17%) e spazio insufficiente (11%).

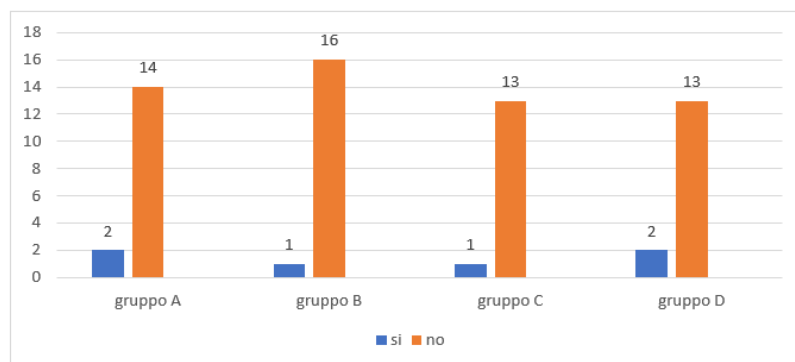


Fig. 8 – Titolo: Conosci la “SBAR” come strumento di comunicazione utilizzato per il passaggio di consegne infermieristiche?

Il 90% degli studenti (n.56) non conosce la SBAR come strumento di comunicazione per il passaggio di consegne infermieristiche.

3° macroarea: la comunicazione in particolare tra professionista e assistito:

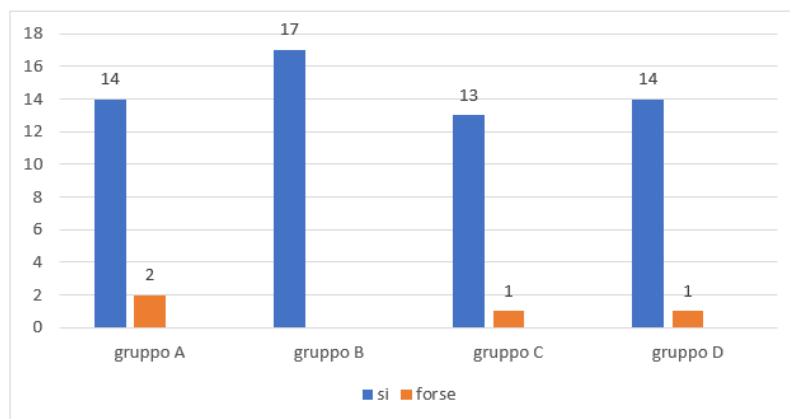


Fig. 9 – Titolo: Pensi che eseguire una prestazione assistenziale senza essere anticipata da una comunicazione verbale rivolto all’assistito potrebbe essere una fonte di errore?

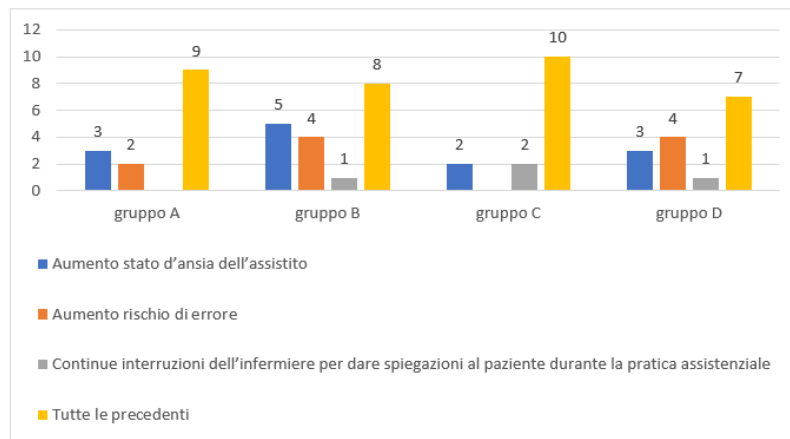


Fig. 10 – Titolo: Se sì, perché?

La maggior parte degli studenti n.58 (94%) ritengono che eseguire una prestazione assistenziale senza essere anticipata da una comunicazione verbale rivolto all'assistito potrebbe essere una fonte di errore a causa di un insieme di fattori: aumento stato d'ansia dell'assistito, aumento rischio di errore e continue interruzioni dell'infermiere per dare spiegazioni al paziente durante la pratica assistenziale (59%).

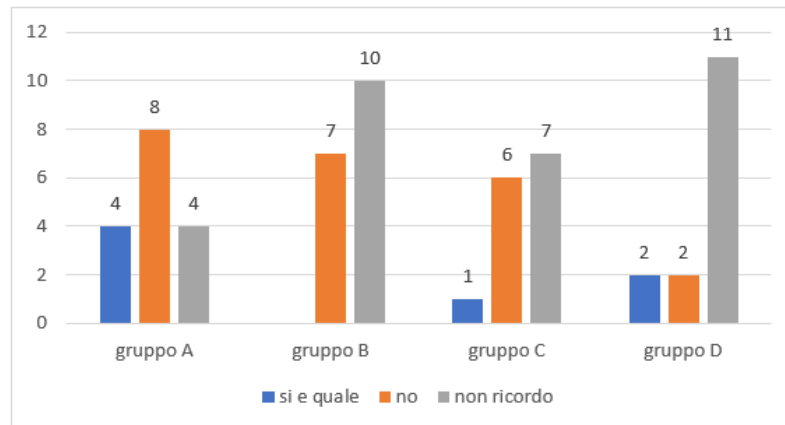


Fig. 11 – Titolo: Hai qualche esperienza di errori correlato ad una pratica assistenziale dovuto ad una comunicazione insufficiente?

Alcuni studenti n.7 (11%) hanno avuto esperienza di errori correlato ad una pratica assistenziale dovuto ad una comunicazione insufficiente nelle seguenti situazioni: quando NON sono state fatte delle procedure o controlli obbligatori, mancata informazione al paziente PRIMA di svolgere l'attività assistenziale rendendo il tutto più

complicato da eseguire; errore di identificazione del paziente; impostazione litri di O₂ su somministrazione del farmaco stupefacente; procedura elettrocardiogramma ECG, somministrazione durante la terapia endovenosa; errore di comunicazione con l'assistito.

Il 37% degli studenti (n.23) non hanno rilevato errori correlato ad una pratica assistenziale a causa di una comunicazione inefficace, mentre il 52% degli studenti (n.32) non ricorda.

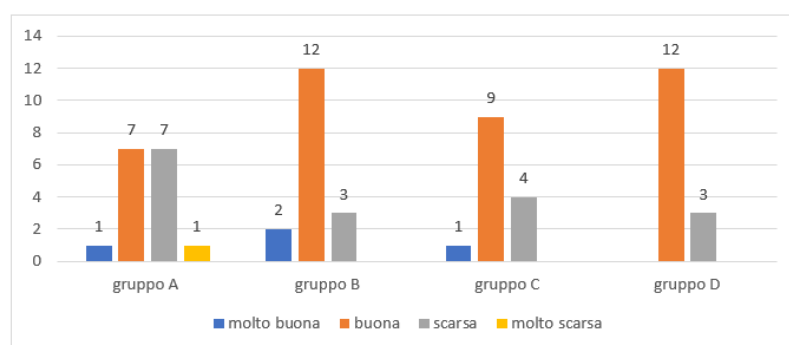


Fig. 12 – Titolo: Come valuti la comunicazione tra l'infermiere ed assistito durante la procedura assistenziale?

Gran parte degli studenti n.40 (65%) valutano la comunicazione tra infermiere e assistito durante la procedura assistenziale buona.

4° macroarea: la comunicazione specifica es. durante le fasi del prelievo venoso:

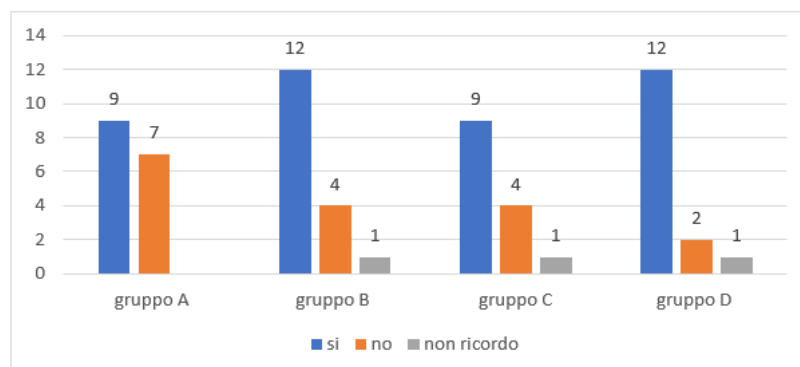


Fig. 13 – Titolo: Sono state fornite istruzioni chiare alla preparazione prima del prelievo venoso (es: digiuno, farmaci)?

Il 68% degli studenti (n 42) afferma di aver fornito istruzioni chiare alla preparazione prima del prelievo venoso, il 27% (n.17) risponde in modo negativo, mentre una piccola parte il 5 % (n.3) non ricorda.

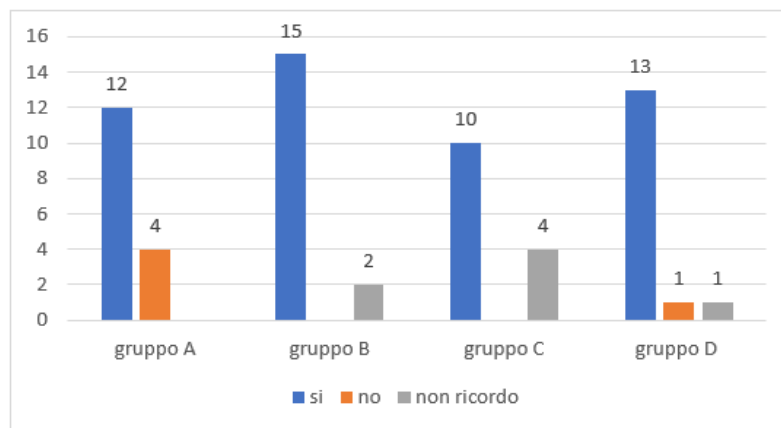


Fig. 14 – Titolo: Hai dato l’opportunità all’assistito di fare domande prima che iniziasse la procedura del prelievo venoso?

La maggior parte degli studenti n.50 (81%) prima di iniziare la procedura del prelievo venoso da l’opportunità all’assistito di fare domande per chiarimenti.

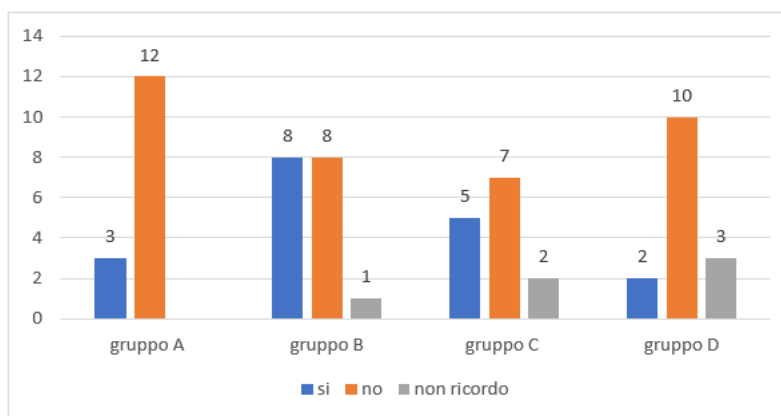


Fig. 15 – Titolo: L’infermiere ha chiesto al paziente se avesse paura o se fosse a suo agio prima di inserire l’ago?

Alla domanda “l’infermiere ha chiesto al paziente se avesse paura o se fosse a suo agio prima di inserire l’ago?” la maggior parte degli studenti n.37 (60%) non chiedono

al paziente se ha paura prima di inserire l'ago, gli altri n.18 studenti (29%) si interessano delle paure del paziente prima di inserire l'ago, uno studente (1%) non risponde alla domanda, mentre i restanti studenti n.6 (10%) non ricordano.

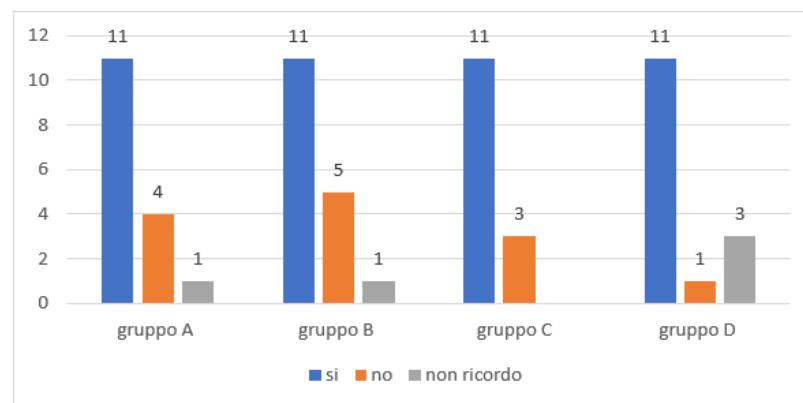


Fig. 16 – Titolo: L'infermiere ha dato istruzioni all'assistito su come tenere il braccio dopo il prelievo venoso?

Il 71% degli studenti (n.44) afferma di aver dato istruzioni all'assistito su come tenere il braccio dopo avere eseguito il prelievo venoso. Solo il 21% degli studenti (n.13) risponde in modo negativo, mentre una piccola parte 8% degli studenti (n.5) non ricorda.

DISCUSSIONE

I risultati del questionario post-laboratorio relazionale suggeriscono che gli studenti hanno dato una risposta omogenea in merito ai seguenti argomenti: Significato della comunicazione e al ruolo della comunicazione NON verbale; una comunicazione è efficace quando sono presenti le 5C (chiarezza-correttezza-completezza-concisione-consapevolezza); eseguire una prestazione assistenziale, senza essere anticipata da una comunicazione verbale rivolto all'assistito potrebbe essere una fonte di errore per: aumento stato d'ansia dell'assistito, aumento rischio d'errore, continue interruzioni dell'infermiere per dare spiegazioni; la valutazione della comunicazione tra infermiere ed assistito durante la procedura assistenziale.

Alla domanda “Quando qualcuno ti parla, cerchi di ascoltarlo, per comprendere ciò che vuole dire?” la maggior parte degli studenti n.55 (89%) hanno risposto in modo affermativo, ma rimane prevedibile la risposta positiva.

Per quanto riguarda la comunicazione prima e dopo aver eseguito la procedura del prelievo venoso, gli studenti hanno affermato che sono state stabilite capacità relazionali e fornite chiare istruzioni all'assistito.

Alla domanda: “Durante la vostra formazione universitaria teorica e pratica tutt'ora in corso, avete ricevuto strumenti per il riconoscimento e per un miglior approccio comunicativo con gli assistiti?”

27 studenti hanno risposto di SI; 27 studenti hanno risposto abbastanza; 6 studenti hanno risposto NO; e 2 astenuti (Figura 5). Una strategia importante potrebbe essere quello di approfondire nel percorso formativo universitario, la sessione dedicata alla comunicazione ed interazione con l'assistito.

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione della comunicazione durante le consegne infermieristiche la maggior parte degli studenti (n.44) sono soddisfatti, mentre i rimanenti 18, sono contrari per le troppe interruzioni (7 studenti), scambi di informazioni carenti (6 studenti), spazio insufficiente (2 studenti) e tempo insufficiente (3 studenti). (Figura 7)

Sarebbe utile organizzare il momento delle consegne in modo da evitare continue interruzioni e distrazioni applicando un cartello fuori dalla porta con la dicitura “consegne in corso, limitare i disturbi”, allo stesso tempo garantire in reparto un operatore presente che sia disponibile per rispondere ai campanelli, al telefono o altre esigenze del reparto in quel momento.

La maggior parte degli studenti n.56 (90%) non hanno conoscenze della SBAR come strumento di comunicazione utilizzato per il passaggio consegne. (Figura 8)

L'organizzazione Mondiale della Sanità propone il metodo S.B.A.R che può essere applicato sia alla consegna scritta che quella verbale, sia in una comunicazione tra infermieri che con altri professionisti. È utile avere un modello da seguire come guida nella comunicazione in quanto permette di organizzare la comunicazione, rimanere concentrati sul paziente, fornire informazioni fondamentali, senza divulgarsi nella trasmissione di informazioni inutili o addirittura non pertinenti.

Alcuni studenti n.7 (11%) hanno vissuto un'esperienza in cui rilevano la presenza di errori correlato ad una pratica assistenziale dovuto ad una comunicazione inefficace (Figura 11).

Dall'analisi dei risultati, è stata dichiarata la presenza di eventi avversi causati da una comunicazione inefficace tra infermiere-infermiere e tra infermiere-paziente.

Per quello che concerne la comunicazione empatica PRIMA di eseguire la procedura del prelievo venoso, ovvero la capacità di ascoltare e comprendere profondamente pensieri ed emozioni altrui, senza giudizio, sono presenti risposte contrastanti: la maggior parte degli studenti n.37 (60%) affermano che l'infermiere non chiede al paziente se ha paura prima di inserire l'ago, gli altri n.18 studenti (29%) si interessano delle paure del paziente prima di inserire l'ago, uno studente (1%) non risponde alla domanda, mentre i restanti studenti n.6 (10%) non ricordano. Un dato rilevante dall'analisi dei contenuti è la mancanza di empatia.

Alla luce di quanto rilevato dalle risposte del questionario, nel complesso gli studenti hanno una buona preparazione formativa nell'acquisire una comunicazione efficace e gestire le conflittualità che possono insorgere nelle realtà lavorative.

Le difficoltà comunicative riscontrate dalle risposte del questionario durante l'attività assistenziale (es. prelievo venoso) che includono incomprensioni, conflitti, sono legate

all'interazione con il paziente in una procedura specifica che è potenzialmente ansiogena e dolorosa. I fattori che le determinano sono:

- Gestione dell'ansia e del dolore del paziente: gli studenti possono riscontrare difficoltà nel comunicare in modo efficace per ridurre l'ansia e il dolore del paziente;

- Comunicazione non verbale inappropriata: manifestare tensione, incertezza o fretta es. linguaggio del corpo rigido, contatto visivo evitato, tono di voce incerto, che può aumentare l'ansia del paziente;

- Incapacità di utilizzare tecniche distrattive: non riuscire ad ingannare il paziente in una conversazione distensiva o a usare l'ascolto attivo come strumento per distrarre dell'imminente puntura.

- Richiesta di consenso informato e spiegazione dei rischi: difficoltà nel presentare in modo chiaro e comprensibile i potenziali effetti collaterali (come ematomi o piccole lesioni), rispettando il diritto del paziente all'informazione e al consenso;

- Gestione del fallimento del prelievo: in caso di difficoltà o fallimento del primo tentativo, lo studente può avere problemi a gestire la frustrazione e a comunicare empatia e rassicurazione al paziente per un secondo tentativo, rischiando di apparire insensibile;

- Gestione delle emozioni: difficoltà nel gestire le proprie emozioni (stress, burnout) o quelle del paziente (paura, rabbia);

- Empatia vs compassione: mancanza di capacità di mettersi nei panni del paziente (empatia) o al contrario, eccessivo coinvolgimento emotivo che impedisce l'oggettività;

- Incongruenza comunicativa: discrepanza tra il messaggio verbale (ciò che si dice) e non verbale (tono, postura, espressioni facciali).

Questi risultati supportano l'articolo dal titolo "Nel cuore della relazione: l'esperienza dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica" pubblicato nella Rivista FNOPI L'infermiere N° 3-2025 di Paola Arcadi (Arcadi et al., 2025) il quale suggerisce che la gradualità didattica costruita in modo coerente lungo i tre anni di corso in stretto legame con gli obiettivi formativi del triennio, le attività di simulazione come il role-playing durante il laboratorio relazionale, può consentire agli studenti di esercitarsi in sicurezza, permettendoli così di sviluppare e valutare non solo le competenze tecniche, ma anche gli aspetti relazionali e comunicativi in contesti simulati.

La simulazione nella formazione infermieristica in ambiente protetto è una tecnica di insegnamento molto utilizzata in tutti i corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Infatti, è stata ampiamente incorporata nel programma di studi universitario infermieristico internazionale (Cant e Cooper 2010).

Il Decreto interministeriale 2 aprile 2001 (“Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”) stabilisce come parte integrante e qualificante della formazione professionale, l’attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti. I laureati della classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze previste dagli specifici profili professionali” (Ministero dell’Università e della Ricerca, 2001).

L’analisi comparativa dei piani studio nelle principali Università d’Italia dell’A.A.2024-2025, evidenzia una marcata disomogeneità nell’allocazione dei CFU e delle ore dedicate ai laboratori relazionali. (Allegato 3) (Mastrillo, 2024).

La progressione didattica nel triennio dell’Università degli Studi Torino, Milano, Brescia, Bologna e Parma va di pari passo con la formazione relazionale. Un percorso uniforme che prevede una progettazione, dove la formazione dei laboratori relazionali, le attività di simulazione a media e alta fedeltà con l’utilizzo di pazienti standardizzati, vengono distribuiti lungo l’intero triennio ed in modalità diversa evolvendo di pari passo con la complessità clinica affrontata dallo studente, passando così dalla comunicazione di base alla gestione del conflitto e del fine vita.

L’obiettivo è quello di sviluppare e valutare non solo le competenze tecniche, ma anche gli aspetti relazionali e comunicativi in contesti simulati.

Utilizzando questo approccio avremmo uno sviluppo progressivo di maturazione dello studente a partire dal primo anno con un grado di autoconsapevolezza ed ascolto di sé e con la persona che ti si trova accanto. Al secondo anno vengono sensibilizzati concetti come empatia e gestione del colloquio. Al terzo anno vengono svolti laboratori per la gestione del conflitto, cattive notizie e lavoro di equipe.

Altro elemento importante è la presenza di un supporto costante, il quale funziona come una sorta di “supervisione” durante tutto il percorso di tirocinio.

Ultimo punto saliente è la professionalizzazione: la relazione non è vista come un esame da superare, ma come una competenza professionale costante al pari delle procedure tecniche.

C'è da considerare però il rischio di finire in uno stato di saturazione: se i contenuti formativi non sono ben diversificati, gli studenti possono percepire i laboratori come ripetitivi o “perdita di tempo”. Inoltre, i costi e la logistica sono fattori che richiedono un impegno organizzativo e di personale (tutor, formatori) molto più elevato per l'ente formatore.

Per quanto riguarda la sede Universitaria di Torino AOU Città della Salute e della Scienza, Città di Torino e Ivrea (ASLTO4), il laboratorio di formazione della relazione d'aiuto svoltesi al 1°, 2° e 3° anno di corso di Laurea triennale, è composto da 3 crediti (1CFU per anno = 30 ore per anno) che gli studenti sono obbligati a frequentare al 100%. All' Universitaria di Milano invece, il laboratorio relazionale non ha crediti specificamente dedicati, ma è inserito all'interno di altri corsi o della preparazione di tirocinio.

Presso il corso di studi dell'Università di Brescia, il laboratorio relazionale ha 4 CFU al 1° anno e come minimo 1 CFU per gli anni successivi, inoltre gli studenti hanno l'obbligo di frequenza.

Mentre all'Università di Bologna sede di Ravenna e Forlì, il laboratorio relazionale si svolge con una durata di 6 ore al 1° anno, 3 ore al 2° anno e 3ore al 3° anno. In ogni anno di corso il laboratorio relazionale verte su contenuti diversi: clinica ampliata e ascolto qualificato, relazione con utente psichiatrico, fine vita e lutto, utente cronico.

Infine, presso l'Università di Parma AUSL, il 1° e 2° anno di corso svolge il laboratorio della comunicazione riconosciuto con 1 CFU che prevede 12 ore di attività frontale, mentre il 3° anno svolge il laboratorio relazioni interprofessionali, il quale prevede 30 ore di attività frontali, corrispondenti a 3CFU.

Per essere ammessi a sostenere gli esami di profitto è' necessario che gli studenti frequentino almeno il 65% dei singoli insegnamenti e delle Attività Formative Professionalizzanti (attività di laboratorio).

Nel corso di Laurea in infermieristica di Roma UniCamillus, si attua il laboratorio dedicato alle competenze comunicative e relazionali con un approccio biennale (1° e 2°anno universitario) che accompagna lo studente nel passaggio dalla teoria alla prima

pratica. In particolare, gli studenti svolgono il laboratorio già al primo anno focalizzato sulla comunicazione nei contesti sanitari.

Successivamente, al secondo anno è previsto un ulteriore laboratorio dedicato alla gestione dei conflitti all'interno del team. Ciascun laboratorio equivale a 1 CFU che corrispondono a 30 ore di didattica frontale.

In questo modo si instaura una continuità: la quale permette di riprendere i concetti del primo anno e applicarli alle prime esperienze di tirocinio del secondo anno;

Un ulteriore fattore chiave è l'approfondimento: si può passare dalle basi della comunicazione (1°anno) alla gestione relazionale con il paziente (2° anno).

Altro elemento importante è il monitoraggio: i docenti/tutor possono osservare la crescita emotiva degli studenti su un arco di tempo più lungo.

C'è però da considerare due fattori:

- carico didattico: può risultare pesante se non ben integrato con le materie cliniche o tecniche programmate nel piano studi,

- l'interruzione finale formativa: proprio nell'ultimo anno di corso, dove lo stress e le responsabilità aumentano, lo studente viene lasciato senza supporto relazionale strutturato.

L'Università degli studi di Trieste, Firenze e Casamassima Lum, realizzano il laboratorio relazionale solo 1° anno universitario. In questo scenario, la formazione relazionale è concentrata all'inizio del percorso come un "modulo di benvenuto".

Il laboratorio fornisce gli strumenti base (ascolto attivo, empatia, gestione del corpo) per approcciarsi al paziente senza sentirsi totalmente inadeguati. Una buona comunicazione iniziale riduce gli errori di comprensione e migliora la raccolta dati durante l'anamnesi infermieristica.

Si va anche a creare un imprinting immediato: gli studenti comprendono da subito l'importanza della comunicazione prima di affrontare i tirocini. Si stabilisce che la comunicazione è una competenza clinica al pari della tecnica.

Inoltre, si ottiene una coesione del gruppo, il quale aiuta a creare un clima di classe collaborativo e di sostegno fin dal primo giorno.

Altro elemento importante è l'efficienza burocratica: libera gli anni successivi ovvero il 2° e 3° anno del corso di Laurea triennale in Infermieristica per lo studio tecnico e clinico più intenso.

Sono però da tener presente tre fattori che individuano lo svolgimento del laboratorio relazionale solo al primo anno del corso di laurea triennale come limitante:

- la mancanza di contesto: senza un'esperienza pratica, i concetti rischiano di restare teorici o astratti;

- la presenza dell'effetto sfumatura: entro il terzo anno, molte competenze relazionali vengono dimenticate se non rinfrescate;

- Il fattore shock da realtà: lo studente potrebbe trovarsi impreparato a gestire i conflitti complessi che emergono solo con l'aumentare delle responsabilità negli anni successivi.

Svolgere il laboratorio solo al primo anno potrebbe essere una scelta dettata da esigenze organizzative universitarie.

Il primo anno del CdL in infermieristica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze, svolge attività di laboratorio relazionale dal titolo "paziente sconosciuto" dove i contenuti si concentrano sul tema della comunicazione con a persona e famiglia. Vengono svolte attività di seminario obbligatorio per gli studenti, che va a rappresentare un approfondimento sulla comunicazione/relazione. Inoltre, vengono svolte attività didattiche al primo anno-2° semestre dal titolo "infermieristica clinica" che vanno ad integrare il tema della relazione e comunicazione e al terzo anno il modulo dal titolo "educazione terapeutica" presente all'interno della materia salute mentale, la quale tratta argomenti come la relazione in paziente con salute mentale ed educazione terapeutica.

L'Università Politecnica delle Marche di Ancona svolge il laboratorio relazionale a piccoli gruppi della durata di 7ore suddiviso in due incontri, solo al 2° anno universitario. La scelta di collocare l'addestramento relazionale al secondo anno non è casuale, ma risponde ad una logica di maturazione didattica.

Al primo anno, lo studente è spesso assorbito dall'apprendimento delle tecniche di base (igiene, parametri vitali, mobilitazione, esecuzione del prelievo venoso). Al secondo anno, lo studente acquista una certa sicurezza manuale e può spostare il focus della "procedura" assimilata grazie all'attività formativa didattica e di laboratorio verso la persona che riceve la cura.

Il secondo anno coincide solitamente con i tirocini in reparti di area medica o chirurgica, dove le dinamiche relazionali con i pazienti acuti o cronici diventano più impegnative e delicate da gestire.

Si considera che lo studente pur avendo solo una preparazione didattica in scienze sociopsicologiche al primo anno di corso, grazie alle attività di tirocinio ha già avuto un primo impatto con la realtà ospedaliera e possiede un background critico necessario per simulare casi clinici realistici.

Il laboratorio relazionale non viene considerato come una lezione frontale, ma un'esperienza attiva tra studenti e tutor, suddivisa in due incontri che punta a:

- sviluppare l'empatia professionale: imparare a comprendere lo stato d'animo del paziente/collega senza farsi travolgere, evitando così il burnout;

- gestire il conflitto: acquisire tecniche e strumenti efficaci per comunicare con pazienti difficili o familiari aggressivi;

- la relazione nel team: migliorare la comunicazione con i colleghi e gli altri professionisti sanitari per garantire un clima sereno e la sicurezza del paziente;

- l'ascolto attivo: avere la capacità di passare dal sentire le parole del paziente al comprendere i bisogni inespressi.

Il laboratorio relazionale del secondo anno è considerato il momento più evolutivo per lo studente, il quale smette di essere un esecutore per compiti ed inizia a diventare un professionista capace di riconoscere ed integrare le dimensioni emotive e comunicative della cura.

Tuttavia, lo svolgimento del laboratorio relazionale solo al secondo anno comporterebbe una sorta di frammentazione dove il rischio è che lo studente percepisca il laboratorio relazionale come un "esame da superare" e non come una competenza relazionale, gestionale e personale non tecnica da applicare in ogni istante del triennio.

È necessario considerare che la mancata continuità del laboratorio relazionale durante il corso di laurea triennale in infermieristica rappresenti un punto debole. Molti esperti psicologi e pedagogisti come Carl Rogers, Loris Malaguzzi suggeriscono che la formazione relazionale dovrebbe essere longitudinale, iniziando al primo anno con le basi della comunicazione e concludersi al terzo anno con la gestione del fine vita o delle cattive notizie.

Inoltre, il passaggio dal laboratorio (ambiente protetto) al reparto può essere impattante o addirittura traumatico se non supportato da tutor clinici preparati a valutare anche l'aspetto umano del tirocinio.

Molti temi relazionali critici (comunicazione di cattive notizie, gestione del lutto) vengono compresi appieno solo dopo averli affrontati nei tirocini del secondo anno. Al terzo anno, il laboratorio relazionale diventerebbe uno spazio di debriefing tra studenti e tutor, proietta lo studente verso la responsabilità, nel definire i confini del proprio ruolo all'interno del team, saper comunicare le proprie osservazioni cliniche ai medici ed ai colleghi con autorevolezza e rispetto, saper gestire e coordinare il personale di supporto.

Svolgere il laboratorio relazionale all'ultimo anno del percorso formativo e quindi prima della Laurea, potrebbe essere un dato importante perché senza questa "rifinitura", l'infermiere rischia di essere un ottimo esecutore tecnico ma con scarse capacità relazionali. Il passaggio da studente a professionista richiede quella maturità relazionale che permette di gestire la complessità, che non è mai solo biologica, ma quasi sempre umana e sociale. Senza una competenza relazionale non si va lontano, specialmente in contesti critici come l'area dell'emergenza o delle cure palliative.

Le restanti 29 Università citate nell' Allegato n. 3, svolgono la formazione relazionale attraverso l'attività didattica distribuita nel piano studi del corso di Laurea triennale in infermieristica.

Ad esempio, al 1° anno dell'Università di Ferrara, viene svolto un seminario sull'ascolto attivo e al secondo semestre nell'ambito del corso integrato di Scienze psicologiche, viene erogato il modulo di "Metodologia della comunicazione" (2CFU,16 ore), con questi contenuti:

- Prerequisiti: conoscenza dei principi generali della teoria dinamica del funzionamento psichico. Conoscenze di base sulla comunicazione e sul rapporto medico-paziente. Conoscenze di base di neuroanatomia, neurofisiologia e psicopatologia generale.
- Contenuti: la comunicazione umana; comunicazione; affetti e relazione; dinamiche inconsce nella comunicazione; il colloquio clinico; ostacoli e difficoltà nella comunicazione clinica; tecniche comunicative nel contesto clinico e criticità in situazioni specifiche.

- Testo suggerito: Philip Myerscough, Come parlare con i pazienti, Ed. Idelson-Gnocchi.

Al 2° anno invece, viene offerto l'insegnamento di relazione assistenziale.

L'Università di Napoli Federico II non segue un vero e proprio laboratorio relazionale, bensì un modulo di infermieristica relazionale nel C.I di Scienze Umane ed Infermieristiche che si tiene durante il 1° anno-2° semestre ovvero nel periodo che va dagli inizi di aprile alla fine di maggio.

L'attività didattica sulla relazione trasforma lo studente da "esecutore di compiti" a "professionista della cura" permettendogli di riconoscere le proprie emozioni (paura, fastidio, impotenza) prima di proiettarle sul paziente.

Inoltre, determina una riduzione dell'errore clinico: molti errori in sanità derivano da falle comunicative (passaggio di consegne errate, incomprensioni con il paziente). Una didattica mirata insegna una comunicazione sicura.

Altro elemento importante che realizza l'attività didattica è la prevenzione del burnout: fornire strumenti relazionali, significa dare allo studente una "cassetta di attrezzi" per gestire al meglio il carico emotivo senza esserne schiacciato.

Se l'attività didattica sulla relazione non è gestita correttamente, può presentare dei limiti o rischi pedagogici come ad esempio:

- rischio di astrattezza: se l'attività è troppo teorica (solo slide sui modelli di comunicazione), lo studente la percepirà come una perdita di tempo rispetto alle materie scientifiche (anatomia, fisiologia, farmacologia);

- difficoltà nella valutazione: è complesso dare un voto oggettivo alla capacità relazionale. Il rischio è di premiare chi ha più talento naturale piuttosto che chi ha acquisito una competenza relazionale;

- esposizione emotiva eccessiva: durante le simulazioni (role-playing), alcuni studenti potrebbero sentirsi vulnerabili o rivivere traumi personali se il docente non è esperto nella gestione delle dinamiche di gruppo.

- costi e tempi: la didattica relazionale efficace richiede piccoli gruppi e tempo per il debriefing. Inoltre, i corsi con un numero elevato di studenti comporta una bassa qualità relazionale.

Infine, sono state rilevate nove principali Università d'Italia dell'A.A.2024-2025 (Padova, Siena, Perugia, Chieti, Aquila, Bari, Napoli Campania, Enna, Sassari) che non

svolgono né laboratorio relazionale né attività didattica relazionale (Allegato 3). Questa è una realtà purtroppo presente in alcuni atenei ed è una grave carenza formativa.

Il laboratorio sulla relazione non è presente nell'offerta formativa del CdL di Padova ma le tematiche sulla relazione e comunicazione sono approfondite in tirocinio e/o laboratori preclinici nei diversi corsi.

Se l'università prepara gli studenti, nelle materie cliniche come fisiologia, anatomia e procedure tecniche assistenziali ma non dedica il tempo alla sola simulazione relazionale, otterremo dei professionisti "a metà".

Le università che non presentano queste attività solitamente sono dovute per ragioni burocratiche o logistiche, ad esempio basti considerare:

- il sovraffollamento: gestire laboratori relazionali di un numero elevato di studenti richiede piccoli gruppi e molti tutor esperti. È più economico fare una lezione in aula magna;

- la mancanza di personale formato: non tutti i docenti sono in grado di gestire un role-playng o un debriefing emotivo, serve una preparazione specifica che spesso viene a mancare.

Di conseguenza uno studente che non attraversa un laboratorio relazionale, va incontro a tre grandi rischi nel mondo lavorativo:

- shock da realtà: il primo impatto con un paziente difficile che urla, che rifiuta le cure o che si trova in uno stato sofferente o morente, può essere devastante. Senza averlo "simulato" in un ambiente protetto, lo studente si sente impotente e smarrito

- l'errore di comunicazione: la letteratura scientifica afferma che la maggior parte degli eventi avversi nasce da una cattiva comunicazione. Non saper fare una consegna efficace o non saper ascoltare il paziente aumenta il rischio clinico.

- cinismo precoce: Per difendersi dalle emozioni che non sa gestire, lo studente impara a "distaccarsi" eccessivamente, diventando un professionista freddo e burocratico che nomina i pazienti non con il loro nome ma per il numero del letto assegnato.

L'unico lato positivo di questo meccanismo è l'organizzazione universitaria che riesce ad ottenere un risparmio economico reclutando meno tutor, meno aule, meno ore didattiche, meno ore alle attività tutoriali e una semplificazione burocratica.

Un'Università che non svolge né laboratorio relazionale né attività didattica relazionale, significa che sta ignorando l'importanza del fattore comunicazione e l'influenza che essa può determinare con le persone circostanti. Se ci pensiamo è paradossale pensare di pretendere che uno studente sappia gestire un'emergenza clinica in reparto se non gli è mai stato insegnato a gestire un'emergenza emotiva.

Se lo studente sbaglia una procedura tecnica, può imparare a rifarla; se sbaglia l'approccio relazionale, rischia di perdere l'alleanza con il paziente e senza di quella, ogni terapia diventa più difficile.

In sintesi, analizzando il piano di studi corso di Laurea in infermieristica delle principali Università d'Italia A.A.2024-2025 inerente al laboratorio relazionale, si rileva che 10 Università organizzano i laboratori relazionali di cui:

- n.5 Università propongono il laboratorio relazionale al 1°, 2° e 3° anno di corso;

- n.1 Università svolge il laboratorio relazionale al 1° e 2° anno;

- n.3 Università prevedono il laboratorio relazionale solo al 1° anno;

- n.1 Università realizza il laboratorio relazionale solo al 2° anno. (Allegato 3) e (Allegato 5)

Le altre n.29 Università eseguono attività didattica inerente alla relazione d'aiuto nei processi assistenziali, alla relazione assistenziale, fondamenti educativo relazionali, antropologia.

Mentre le restanti n.9 Università non sviluppano né laboratori relazionali, né attività didattica relazionale. (Allegato 3) e (Allegato 4)

Considerando invece le altre Università indicate nella tabella (Allegato 3) con l'asterisco (*):

- n.5 Università propongono il laboratorio relazionale al 1°, 2° e 3° anno di corso;

- n.2 Università svolgono il laboratorio relazionale al 1° e 2° anno;

- n.1 Università realizza il laboratorio relazionale solo al 2° anno. (Allegato 6)

Nonostante le linee guida nazionali definiscono la competenza comunicativa come pilastro dell'assistenza, la frammentazione e disomogeneità dei programmi formativi suggerisce la necessità di una standardizzazione di un piano studio di base obbligatorio che garantisce ad ogni studente, indipendentemente dall'ateneo di appartenenza, i

medesimi strumenti metodologici per la gestione relazionale durante le attività assistenziali e realtà lavorative che andranno incontro.

La mancanza di uniformità dei laboratori relazionali nelle principali Università d'Italia A.A 2024-2025, rischia di creare una disuguaglianza formativa che si riflette sulla qualità della presa in carico del paziente.

CONCLUSIONI

Le competenze relazionali sviluppate tramite il laboratorio relazionale, riguardano la capacità di stabilire una relazione terapeutica basata sull'empatia, ascolto attivo e non il giudizio. Pertanto, vengono considerati gli aspetti comunicativi verbali, paraverbali e non verbali.

Un deficit di quest'area, comprometterebbe la dimensione umana dell'assistenza, ad esempio in presenza di un ascolto inefficace, lo studente può mostrare difficoltà nell'ascolto attivo manifestando interruzioni frequenti dell'interlocutore (paziente o collega); mancanza di feedback che dimostri attenzione e comprensione (es. annuire, parafrasare); tendenza a "mettersi in primo piano" anziché dare spazio all'altro; linguaggio non appropriato: utilizzo di gergo tecnico non comprensibile per il pz o un tono di voce non adeguato (es. troppo basso, troppo alto, impaziente); gestione del silenzio: difficoltà a tollerare e utilizzare il silenzio come momento per riflettere o per incoraggiare il paziente a esprimersi. Per quanto riguarda l'incongruenza comunicativa non verbale porterebbe a manifestare:

- discrepanza tra linguaggio verbale (ciò che si dice) e quello non verbale (es. espressioni facciali, postura, gesti). Se lo studente dice di essere calmo ma il suo corpo manifesta nervosismo, l'efficacia della comunicazione è compromessa;

- mancanza di contatto visivo: evitare il contatto visivo, che può essere interpretato come distacco o insicurezza;

- postura e prossemica inadeguate: mantenere una distanza fisica eccessiva o insufficiente, oppure assumere una postura chiusa (braccia conserte), che può creare barriere;

- deficit di empatia e autenticità: difficoltà a mostrare empatia (capacità di mettersi nei panni dell'altro) e congruenza/autenticità (essere se stessi nella relazione), essenziali per costruire fiducia.

Queste difficoltà, se non risolte, possono portare a incomprensioni, insoddisfazione del paziente e in casi più ampi in ambito clinico, ad errori clinici, aggressioni e incidenti sanitari dovuti a comunicazione inefficace all'interno del team.

Per colmare queste discrepanze, episodi di violenza e migliorare la qualità assistenziale, è necessario individuare strategie utilizzando un approccio integrato che agisca sul piano tecnico e relazionale:

- migliorare la comunicazione tecnica (linguaggio comprensibile):

- linguaggio semplice e chiaro: evitare il gergo tecnico e usare analogie quotidiane. Spiegare ogni parola specialistica essenziale.

- materiali informativi semplificati: fornire materiali scritti e visivi (es. brochure, video) che supportino la spiegazione verbale, con disegni o schemi semplici.

- tecnica del teach- back (ritorno dell'insegnamento): dopo aver fornito un'istruzione (es. prelievo venoso) si chiede al pz di ripetere a parole sue quanto compreso. Questo verifica l'effettiva comprensione e identifica le aree di confusione, senza far sentire il pz interrogato.

- potenziare le competenze relazionali (formazione e autoconsapevolezza):

- attraverso la formazione specifica e lab. Relazionali: continuare ad investire in percorsi formativi (come il laboratorio relazionale) basati sull'ascolto attivo, empatia e gestione dei conflitti. Percorsi indispensabili per lo studente e per il personale già in servizio;

- consapevolezza della comunicazione non verbale: sviluppare la capacità di osservare e rendere congruente il proprio linguaggio non verbale e paraverbale con il messaggio verbale (es. mantenere il contatto visivo, avere una postura aperta);

- centralità del paziente: iniziare l'interazione chiedendo al paziente quali sono le sue preoccupazioni, aspettative e conoscenze pregresse riguardo alla cura o alla procedura, partendo sempre dal suo punto di vista;

- gestione del tempo e delle priorità: sebbene il tempo sia limitato, dedicare i primi minuti per stabilire un rapporto efficace può far risparmiare tempo in seguito, riducendo l'ansia e le domande ripetute.

- consapevolezza dei benefici per la qualità assistenziale:

- migliore aderenza (compliance): i pazienti che comprendono il perché e il come della loro cura, sono più propensi a seguirla correttamente;

- maggior sicurezza: riduzione degli errori clinici dovuti a incomprensioni o informazioni incomplete;

- maggior soddisfazione del paziente: i pazienti si sentono rispettati, curati nella loro interezza e parte attiva nel processo assistenziale;

- benessere del personale: una relazione positiva e collaborativa riduce lo stress e il burnout negli infermieri.

Il laboratorio relazionale mira proprio a colmare questi deficit comunicativi, relazionali e migliorare la qualità assistenziale attraverso un allenamento mirato, attività di simulazione come il Role-playing che agisca sia sul piano tecnico sia su quello relazionale.

In sintesi, lo sviluppo intenzionale delle competenze comunicative rappresenta oggi una dimensione indispensabile nella formazione infermieristica, in quanto strettamente connesso alla qualità assistenziale, alla sicurezza delle cure, alla collaborazione interprofessionale e al benessere dei professionisti.

I laboratori relazionali descritti nel seguente articolo dal titolo “Nel cuore della relazione: l’esperienza dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica (Rivista l’infermiere N 3°-2025 di Paola Arcadi), consentono di affrontare temi ad alta intensità emotiva e relazionale, accompagnando gli studenti in un percorso progressivo di maturazione professionale. La gradualità la coerenza didattica svoltesi lungo i tre anni di corso, si sono rilevati elementi decisivi per l’efficacia formativa del modello.

Il presente articolo cita che i feedback raccolti attraverso le customer satisfaction annuali, mostrano un’elevata soddisfazione degli studenti, che riconoscono in questi spazi un’opportunità significativa di crescita personale e professionale.

Le competenze relazionali sono “muscoli” che richiedono un esercizio costante attraverso l’ascolto attivo, le attività di Role-playing e debriefing dopo ogni turno lavorativo chiedendosi non solo “cosa si è fatto”, ma “come si è comunicato”, cos’ha funzionato? dove si sono trovati gli ostacoli comunicativi? Il modello sui tre anni è

considerato efficace a patto che il livello di complessità aumenti ogni anno in modo coerente con l'esperienza vissuta dello studente sul campo.

Prendendo atto dell'elevato grado di soddisfazione degli studenti nell'articolo sopra citato (Rivista l'infermiere N 3°-2025 di Paola Arcadi), potrebbe diventare un punto di partenza rivolto all'Università Politecnica delle Marche per indagare, valutare ed introdurre eventuali cambiamenti al piano studi del corso di Laurea in infermieristica inerente al percorso del laboratorio relazionale ove necessario, inoltre creare uniformità formativa con le principali Università d'Italia A.A 2024/25 che si riflette sulla qualità della presa in carico del paziente.

Quindi rispetto agli obiettivi iniziali si considera che:

- 1- La comunicazione tecnica (es. procedure come il prelievo venoso) e quella relazionale non sempre risultano integrate in modo efficace. Inoltre, le differenze comunicative risultano influenzate da esperienze personali, formazione teorico-pratica e contesti di tirocinio.
- 2- Il laboratorio relazionale si è dimostrato utile per sviluppare consapevolezza delle dinamiche comunicative problematiche ovvero distorte. L'acquisizione di strumenti comunicativi e formativi adeguati come **role playing** (o gioco di ruolo) basato sulla simulazione di situazioni reali, favorisce una maggiore capacità di prevenzione e gestione di situazioni di disagio, ostilità e conflitto.
- 3- Il potenziamento del laboratorio relazionale si configura come elemento chiave per il miglioramento della qualità assistenziale, attraverso lo sviluppo di professionisti più competenti sul piano comunicativo e relazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Alhamad, R., Suleiman, A., Bsisu, I., Santarisi, A., Al Owaidat, A., Sabri, A., Farraj, M., Al Omar, M., Almazaydeh, R., Odeh, G., Al Mousa, M., & Mahseeri, M. (2021). Violence against physicians in Jordan: An analytical cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(1), e0245192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245192>
- Arcadi P., *Il tempo di relazione è tempo di cura: lo sguardo di Slow Medicine*, in “L’Infermiere”, 2021 <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2022/01/Il-tempo-di-relazione-e-tempo-di-cura-lo-sguardo-di-Slow-Medicine-1.pdf>.
- Arcadi, P., Santamaria, C., & Zanella, E. (2025, 15 ottobre). *Nel cuore della relazione: l’esperienza dei laboratori relazionali nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica*. L’Infermiere – FNOPI. <https://www.infermiereonline.org/2025/10/15/nel-cuore-della-relazione-l-esperienza-dei-laboratori-relazionali-nel-triennio-del-corso-di-laurea-in-infermieristica/>
- Ayasreh, I. R., & Hayajneh, F. A. (2021). Workplace violence against emergency nurses: A literature review. *International Emergency Nursing*, 57, 100983.
- Bulfone, G., & Stevanin, S. (2012). Effective transfer of information and responsibilities with handover: A literature review. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 31(2), 91–101.

- Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S, Palese A. Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review. *Assist Inferm Ric* 2012 Apr-Jun;31(2):91-101.
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2010). Simulation-based learning in nurse education: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 3–15.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2020). *Diagnosi Infermieristiche, applicazione alla pratica clinica* (Settima edizione). Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- Del Poeta, G., Mazzufero, F., & Canepa, M. (2006). *Il risk management nella logica del governo clinico*. McGraw-Hill.
- Department of Health. (2012). *Supporting patient safety: Sentinel event program annual report 2010–2011*. State of Victoria, Victorian Government.
- De Sario P. (2002), *Non solo parole*, Franco Angeli, Milano
- Fassio, O. (2006). *La relazione con l'utente* in: Mauri A. *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*. Torino: UTET
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). *Interprofessional communication in healthcare: An integrative review*. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: Implications for Nurses. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* Rockville (MD); 2008.
- Gardiner, T. M., & A. P. (2015). Clinical handover of the critically ill postoperative patient: An integrative review. *Australian Critical Care*, xx(x), 226–34.

- Ghirardini, A. (2013). *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella: 5° rapporto*. Direzione generale della programmazione sanitaria.
- Grossman, E. R., & Choucair, B. (2020). *The burden of violence to U.S. hospitals: A comprehensive assessment of financial costs and other impacts of workplace and community violence*. American Hospital Association; Harvard Injury Control Research Center; University of Washington Harborview Injury Prevention & Research Center.
- Guo, Y., Luo, Y., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J. P. (2022). Workplace violence against healthcare workers and its consequences on clinical care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 132, 104264.
- Hodgkinson, A., Zhou, A., Johnson, J., Geraghty, K., Riley, R., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C. A., Peters, D., Esmail, A., & Panagioti, M. (2022). Physician burnout and quality of patient care: A systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 378, e070442.
- Liu, J., et al. (2019). *Work stress, burnout and related factors among healthcare workers: A systematic review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4468.
- Liu, J., Zheng, J., Liu, K., Liu, X., Wu, Y., Wang, J., & You, L. (2019). Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nursing Outlook*, 67(5), 558–566.
- Mangiacavalli, B. (2025). *Revisione del codice deontologico delle professioni infermieristiche*. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche.

- Manojlovich, M., Saint, S., Forman, J., Fletcher, C. E., Keith, R., & Krein, S. (2011). *Developing and testing a tool to measure nurse/physician communication in the intensive care unit*. *Journal of Patient Safety*, 7(2), 80–84.
- Mastrillo, A. L. (2024). *Corsi di laurea delle professioni sanitarie: dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'A.A. 2024–25*. Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.
- McCabe, C. (2004). *Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences*. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49.
- Michael D Cohen, P. B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Quality & safety in health care*, 493–497.
- Ministero della Salute, Commissione tecnica sul rischio clinico. (2004, marzo). *Risk management in sanità: Il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute.
- Ministero della Salute. (2015). *Comunicazione e performance professionale: Metodi e strumenti*. URL
- Ministero della Salute. (2015, maggio). *Comunicazione e performance professionale: Metodi e strumenti. I modulo: Elementi teorici della comunicazione*. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III.
- Ministero della Salute. (2015, maggio). *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. I Modulo. Elementi teorici della comunicazione*. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio III. Ministero della Salute – Elementi teorici della comunicazione

- Ministero della Salute. (2015, maggio). *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. I Modulo. Elementi teorici della comunicazione*. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III.
- Ministero della Salute, & FNOMCeO. (2015, maggio). *Comunicazione e performance professionale: Metodi e strumenti – I° modulo: Elementi teorici della comunicazione*. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III.
- Ministero della Salute. (2010, marzo). *Manuale per la formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia: Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico*. Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Ministero della Salute.
- Ministero della Salute. (2025). *Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie: Relazione attività anno 2024*. Ministero della Salute. [Ministero della Salute](#)
- Ministero della Salute. (2012). *Raccomandazione n. 8: Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità.
- Ministero dell'Università e della Ricerca. (2001, 2 aprile). *Decreto 2 aprile 2001: Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 128 del 5 giugno 2001, Supplemento Ordinario n. 136. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/06/05/001A5469/sg>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). *The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals*. Healthcare, 8(1), 26.
- Nowrouzi-Kia, B., et al. (2019). *Prevalence of burnout among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis*.

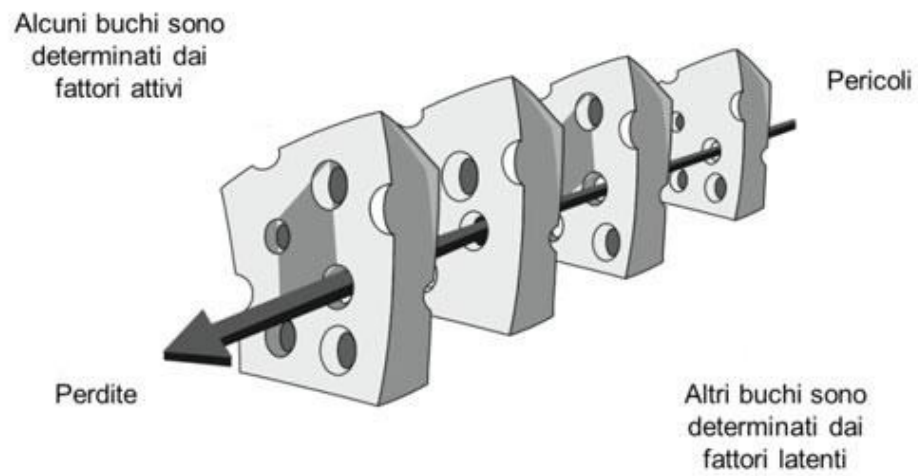
- O'Brien, C. J., van Zundert, A. A. J., & Barach, P. R. (2024). The growing burden of workplace violence against healthcare workers: Trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention—A narrative review. *EClinicalMedicine*, 72, 102641.
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., Webb, G., & McColl, G. (2014). *What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients*. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1344–1355.
- Pariona-Cabrera, P., Cavanagh, J., & Bartram, T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and associated factors: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 522–531. <https://doi.org/10.1111/jonm.12922>
- Parrish, D. R. (2019). The relevance of emotional intelligence to burnout among nurses. *Nursing Management*, 50(4), 36–42.
- Saiani.L.; Brugolli .A. Trattato di cure infermieristiche II edizione, Sorbona,Casa Editrice Idelson-gnocchi srl-Editori dal 1908.2013:64-83
- Tiziano Garbin. (2018, 15 novembre). *Metodo SBAR per la consegna del paziente critico*. Nurse24.
- Tran, D. T., & M. J. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review*, 57(4), 454–62.
- Vannini, C. (2023, 24 luglio). *Gestione dei conflitti nelle organizzazioni sanitarie*. Nurse24.it.
- Viottini, E., Politano, G., Fornero, G., Pavanelli, P. L., Borelli, P., Bonaudo, M., & Gianino, M. M. (2020). Determinants of aggression against all healthcare

workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Services Research*, 20, 215. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05118-0>

- WHO collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Safety Solutions : Communication During Patient Hand-Overs. 2007.
- Zhou, H. (2025). *Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: a systematic review*. *BMC Nursing*, 24, 38.
- Zolnieriek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). *Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis*. *Medical Care*, 47(8), 826–834.

Allegato.1

Figura 1. Modello del “formaggio svizzero”.



Allegato.2 QUESTIONARIO

Sesso:

data di nascita:

livello di istruzione:

QUESTIONARIO in uscita sulla COMUNICAZIONE rivolto agli studenti del 2°anno 1°semestre dell'UNIVPM di Ancona per valutare da subito le discrepanze della comunicazione fra infermieri e/o studenti e pazienti legato alle conoscenze acquisite da parte di chi compila il questionario, in termini tecnici (come nel caso del prelievo venoso) ed in termini relazionali (laboratorio relazionale) e per migliorare la qualità assistenziale:

comunicazione in generale:

1- Cosa significa comunicare?

- È chi parla e basta,
- è uno strumento sul quale riversare fiumi di parole, senza aspettarsi grandi reazioni
- è il mezzo con cui è possibile stabilire e mantenere le relazioni interpersonali

2- La Comunicazione non verbale:

- gioca un ruolo secondario nella comprensione delle relazioni e delle emozioni interpersonali.
- è il principale canale di trasmissione di stati d'animo, sentimenti ed emozioni
- è più lenta di quella verbale.

3- Quando qualcuno ti parla, cerchi di ascoltarlo per comprendere ciò che vuol dire?

- si
- no
- talvolta

4- Una comunicazione è efficace:

- se fornisci informazioni vaghe, senza avere la certezza che siano corrette e non ti reperi i feedback (verbali o non verbali) di chi ascolta
- se ti dilunghi, se divaghi la trasmissione e ricezione di informazioni tra una persona e l'altra.
- quando sono presenti le 5 C: Chiarezza; Correttezza; Completezza; Concisione; Consapevolezza.

5-Durante la vostra formazione universitaria teorica e pratica tutt'ora in corso, avete ricevuto strumenti per il riconoscimento e per un miglior approccio comunicativo con gli assistiti?

- si
- no
- abbastanza

comunicazione interprofessionale:

6- Sei soddisfatto della comunicazione durante le consegne infermieristiche?

- si
- no

7- Se no, perché?

- tempo insufficiente
- spazio insufficiente
- scambi di informazioni carenti
- troppe interruzioni

8-Conosci la "SBAR" come strumento di comunicazione utilizzato per il passaggio di consegne infermieristiche?

- si
- no

9-Dalla tua esperienza di tirocinio, hai percepito difficoltà di comunicazione interprofessionale

durante il momento della consegna?

- sì
- no

comunicazione in particolare fra professionista e assistito:

10- Pensi che eseguire una prestazione assistenziale senza essere anticipata da una comunicazione verbale rivolto all'assistito potrebbe essere una fonte di errore?

- sì
- no
- forse

11-Se sì, perché?

- Aumento stato d'ansia dell'assistito
- Aumento rischio di errore
- Continue interruzioni dell'infermiere per dare spiegazioni al paziente durante la pratica assistenziale
- Tutte le precedenti

12-Hai qualche esperienza di errori correlato ad una pratica assistenziale dovuto ad una comunicazione insufficiente?

- sì e quale?
- no
- non ricordo

13- Pensi che uno stimolo aggiuntivo, come un gesto, una parola, o un aiuto fisico, che viene fornito all'assistito possa essere utile per far emergere una risposta desiderata e per facilitare così l'apprendimento o il raggiungimento di un comportamento?

- sì
- no
- forse

14-Come valuti la comunicazione tra l'infermiere ed assistito durante la procedura assistenziale?

- molto buona
- buona
- scarsa
- molto scarsa

15- Durante il proprio turno lavorativo sono state adottate dall'infermiere strategie per l'abbattimento delle barriere comunicative in pazienti con disabilità sensoriali (uditive, visive)?

- sì
- no
- abbastanza

comunicazione specifica es: durante le fasi del prelievo venoso:

16-L'infermiere ha spiegato chiaramente la procedura del prelievo venoso prima di eseguirla?

- sì
- no
- non ricordo

17-Sono state fornite istruzioni chiare alla preparazione prima del prelievo venoso (es: digiuno, farmaci)?

- sì
- no
- non ricordo

18- Hai dato l'opportunità all'assistito di fare domande prima che iniziasse la procedura del prelievo venoso?

- sì
- no
- non ricordo

19- L'infermiere ha comunicato di ciò che stava per fare all'assistito, prima di inserire l'ago?

- sì
- no
- non ricordo

20- L'infermiere ha chiesto al paziente se avesse paura o se fosse a suo agio prima di inserire l'ago?

- sì
- no
- non ricordo

21- L'infermiere ha dato istruzioni all'assistito su come tenere il braccio dopo il prelievo venoso?

- sì
- no
- non ricordo

22- Ricordi di aver avuto la sensazione di sentirti soddisfatto della collaborazione ricevuta dall'assistito dopo la pratica assistenziale es. del prelievo venoso?

- sì
- no
- non ricordo

Allegato.3

Piano di studi corso di Laurea in Infermieristica delle principali Università d'Italia
A.A 2024/25 inerente al LABORATORIO RELAZIONALE.

	REGIONI D'ITALIA	UNIV.	Piano studi nell' A.A 2024/25 corso LAB.RELAZIONALE	1° anno	2° anno	3° anno
1	PIEMONTE	TORINO	SI	X	X	X
2	“	NOVARA	(attività didattica)	X		
	*	(Città della Salute di Torino)	SI	X	X	X
	*	ASTI	SI		X	
	*	ORBASSANO	SI	X	X	X
	*	IVREA	SI	X	X	X
3	LOMBARDIA	MILANO	SI	X	X	X
4	“	MILANO Bicocca	(attività didattica /simulazioni)	X	X	X
5	“	MILANO Humanitas	(attività didattica)			X
6	“	MILANO S. Raffale	(attività didattica)		X	
7	“	BRESCIA	SI	X	X	X
8	“	PAVIA	(attività didattica)	X		
9	“	VARESE	(attività didattica)	X	X	
10	VENETO	VERONA	(attività didattica)		X	
11	“	PADOVA	NO			
	*	UNIFE sede Adria	SI	X	X	
12	FRIULI	TRIESTE	SI	X		
13	“	UDINE	(attività didattica)	X		
14	LIGURIA	GENOVA	(attività didattica)	X	X	
15	Emilia-Romagna	BOLOGNA	SI	X	X	X
16	“	PARMA	SI	X	X	X
17	“	MODENA REGGIO	(attività didattica)	X		
18	“	FERRARA	(attività didattica)	X	X	

	*	UNI BO. sede Faenza	SI	X	X	X
	*	UNI BO. sede Forlì	SI	X	X	X
	*	UNI.FE sede Pieve di Cento	SI	X	X	
19	MARCHE	ANCONA	SI		X	
20	TOSCANA	FIRENZE	SI + (attività didattica)	X		X (att. didattica)
21	“	PISA	(attività didattica)		X	
22	“	SIENA	NO			
23	UMBRIA	PERUGIA	NO			
24	LAZIO	ROMA Campus	(attività didattica)	X	X	
25	“	ROMA Cattolica	(attività didattica)	X	X	
26	“	ROMA Link	(attività didattica)	X		
27	“	ROMA Sapienza	(attività didattica)		X	
28	“	ROMA Tor Vergata	(attività didattica)	X		
29	“	ROMA Uni Camillus	SI	X	X	
30	ABRUZZO	CHIETI	NO			
31	“	AQUILA	NO			
32	MOLISE	CAMPOBASSO	(attività didattica)	X		
33	PUGLIA	FOGGIA	X e-learning	X		
34	“	BARI	NO			
35	“	CASAMASSIMA LUN	SI + (attività didattica)	X X		
36	“	LECCE	(attività didattica)	X		
37	CAMPANIA	NAPOLI Campania	NO			
38	“	NAPOLI Federico II	(attività didattica)	X		
39	“	NAPOLI Partenope	(attività didattica)		X	
40	“	SALERNO	(attività didattica)	X		
41	CALABRIA	CATANZARO	(attività didattica)	X		

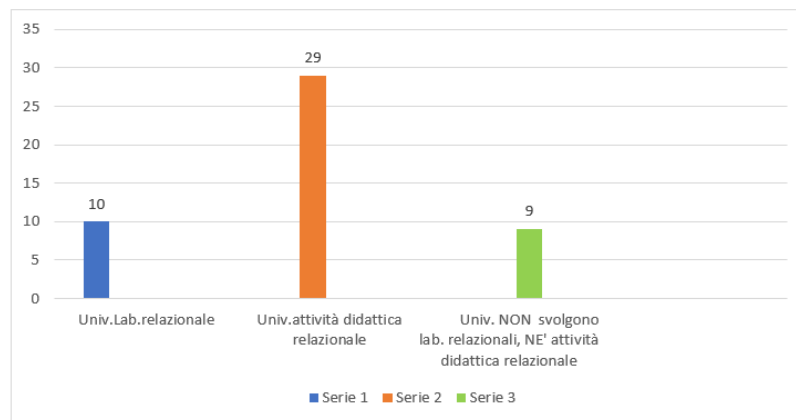
42	“	COSENZA	(attività didattica)	X		
43	SICILIA	CATANIA	(attività didattica)	X		
44	“	ENNA	NO			
45	“	MESSINA	(attività didattica)		X	
46	“	PALERMO	(attività didattica)	X		
47	SARDEGNA	CAGLIARI	(attività didattica)	X		
48	“	SASSARI	NO			

Fonte – Report annuale all’accesso dei Corsi e programmazione dei posti di Laurea delle Professioni Sanitarie A.A.2024-25, (Mastrillo, 2024).

(*) Organizzazione dei laboratori relazionali nelle altre Università d’Italia nell’A.A.2024-2025

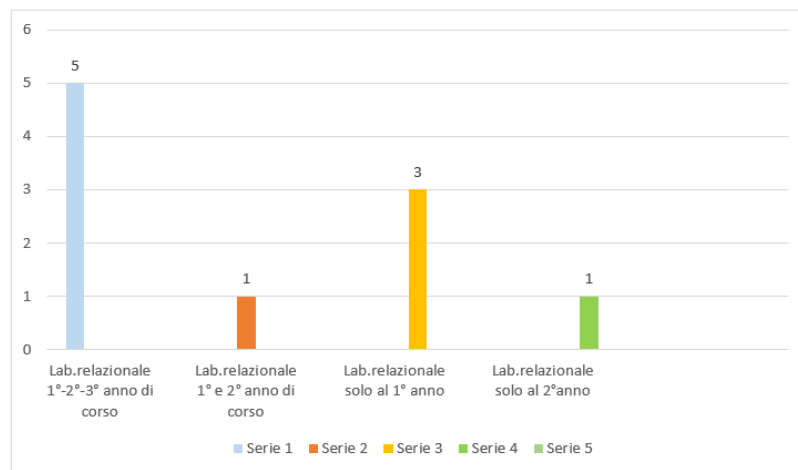
Allegato.4

Analisi comparativa dei piani studio tra le principali Università d'Italia dell'A.A.2024-2025 dedicate al laboratorio relazionale.



Allegato.5

Organizzazione dei laboratori relazionali tra le dieci principali Università nell'A.A.2024-2025



Allegato.6

Organizzazione dei laboratori relazionali nelle altre Università d'Italia nell'A.A.2024-2025

