

Elementi metodologici di formazione su competenze comunicative e relazionali per professionisti sanitari impegnati nella pandemia da COVID-19

Valentina Possenti^a, Anna Colucci^b, Anna Maria Luzi^c, Barbara De Mei^a

^a Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^b Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^c già Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY

Training methodological elements on communication competences and relational skills to health professionals involved in the COVID-19 pandemic

Introduction

As a public health emergency of international concern occurs, like the COVID-19 pandemic, it is fundamental that health personnel get experience of active training not only on technical contents but also on communication competences, to engage in prevention activities with the public promptly, appropriately, and effectively.

Materials and methods

Basing on both experience and lessons learnt as well as on updated evidence in the field, training to healthcare workers should encompass all tools and methodologies to result as effective as it can.

Results

We describe a multiphase - mainly three-step - process to meet standard criteria that make a professional relation between healthcare workers and their public work successfully.

Discussion

In the context of a pandemic scenario, communication competences such as relational skills become crucial to healthcare workers professionals for prevention activities in clinical and community-based settings. Indeed, an emergency training system needs even more to deal with blended forms, as distance and face-to-face modalities, to develop a consolidated and manned learning to health professionals.

Conclusions

Training represents a strategic element, a determining factor for the capacity of the health system to overcome a global crisis overall. Therefore, planning, preparation and management of training to health professionals on communication competences and relational skills cannot follow the arising of an emergency, but must necessarily occur a priori.

Key words: education; health personnel; risk communication

valentina.possenti@iss.it

Introduzione

Nella gestione delle emergenze di salute pubblica a livello internazionale, quale la pandemia da COVID-19, è fondamentale che il sistema sanitario preveda per gli operatori una formazione di base sia su conoscenze e competenze tecnico-scientifiche, sia su quelle comunicative e relazionali, utili per affrontare condizioni critiche, da acquisire attraverso percorsi formativi in presenza, a distanza e in modalità mista (*blended*) (1). La preparazione di un sistema sanitario alle emergenze dipende, infatti, dalla disponibilità di personale formato in grado di rispondere in modo efficace, tempestivo e appropriato a condizioni inattese e imprevedibili, inerenti la salute dell'intera collettività (2).

In un Paese, un piano opportunamente aggiornato di risposta all'emergenza che includa la preparazione e l'anticipazione (*preparedness*) dovrebbe favorire la concertazione delle attività delle diverse istituzioni a livello locale,

regionale, nazionale e internazionale, finanche il superamento di eventuali disomogeneità tra le differenti aree, relativamente ai modelli di coordinamento, monitoraggio e valutazione dei programmi di formazione riguardanti la gestione di eventi inattesi. Tale superamento di disomogeneità interregionale potrebbe favorire una migliore gestione dell'evento epidemico a livello nazionale, ma anche locale e la costruzione di un network di competenze, con una precisa organizzazione in ambito territoriale, per garantire la realizzazione integrata di interventi di prevenzione tempestivi e appropriati (3-6). Dall'esperienza acquisita nel corso di precedenti emergenze, sappiamo infatti che il successo di un piano di risposta include necessariamente elementi di *preparedness*, piuttosto che solo quelli relativi alla *response*, ossia di risposta effettiva alla minaccia epidemica. Vanno altresì considerati i processi di comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità (7).

In tal senso, sin dalla Decisione 1082/2013/UE (8), è stato sottolineato il ruolo della comunicazione quale aspetto essenziale nella gestione di emergenze in sanità pubblica di interesse internazionale, così come è ormai acclarato che la comunicazione del rischio e la collaborazione multisettoriale debbano affiancare le attività di prevenzione, gestione clinica, controllo e sorveglianza epidemiologica e sono fondamentali per costruire fiducia e credibilità. Il processo comunicativo, quindi, non può essere improvvisato, in quanto richiede, programmazione, formazione e competenza e deve essere fondato su un approccio partecipato e sul coinvolgimento della comunità (9).

Pertanto, in tale scenario di preparazione strategica per la gestione delle emergenze internazionali, assume un ruolo rilevante la formazione dei professionisti che, inseriti all'interno della rete di sanità pubblica, rappresentano una forza vitale per la protezione e la promozione della salute della popolazione, nonché un supporto essenziale per la realizzazione degli interventi sul territorio. I presupposti di base su cui questa rete dovrebbe operare sono rappresentati, oltre che da un comune approccio metodologico, anche dalla condivisione di conoscenze ed esperienze tra professionisti di diverse aree. All'interno della rete multisettoriale, gli operatori sanitari di contesti clinici e di comunità hanno infatti un rapporto privilegiato di dialogo con i cittadini e, attraverso la relazione interpersonale, inclusa quella telefonica, si trovano spesso a mediare i messaggi che le organizzazioni sanitarie veicolano, assumendo dunque un ruolo cruciale di rappresentanza delle istituzioni. Tuttavia, la comunicazione interpersonale diviene strumento efficace a vantaggio della salute pubblica solo quando è utilizzata dagli operatori con competenza professionale, al fine di strutturare la relazione in modo strategico, avvalendosi di una serie di elementi, dalle conoscenze tecniche alle competenze comunicative e relazionali.

Il presente lavoro intende illustrare gli aspetti metodologici per una formazione rivolta agli operatori sanitari che sia finalizzata all'acquisizione di competenze comunicative e relazionali utili alla gestione di un'emergenza come quella da COVID-19 e all'attivazione di interventi e processi comunicativi volti anche al controllo della condizione definita infodemia, ossia la continua circolazione di dati a livello globale e la molteplicità di fonti informative non sempre attendibili che hanno alimentato una ricerca spasmodica di informazioni, favorendo vissuti di forte allarme psicologico (10).

Materiali e metodi

Pur se con livelli di intensità differenti, la pandemia da COVID-19 ha coinvolto una molteplicità di operatori sanitari, diversi per ambito lavorativo e/o categoria professionale. Pertanto, le metodologie formative più appropriate per l'approfondimento delle competenze comunicative e delle abilità relazionali sono quelle basate su una didattica partecipativa e attiva, fondata sui principi andragogici, in grado di motivare e facilitare i processi di apprendimento, stimolando l'aggiornamento continuo delle conoscenze via via che si rendono disponibili nuove evidenze. Il fine più ampio è quello di privilegiare obiettivi di apprendimento specifici, individualizzabili, concreti, misurabili e sostenibili in quanto in linea con la pratica professionale.

La progettazione delle attività formative da realizzare dovrebbe sempre seguire le fasi previste dal ciclo dell'apprendimento: 1) analisi dei bisogni; 2) formulazione degli obiettivi attraverso una negoziazione condivisa; 3) progettazione definita secondo la disposizione ad apprendere; 4) apprendimento con metodologie interattive basate sull'esperienza; 5) monitoraggio, valutazione condivisa e sviluppo (11).

Più nello specifico, in funzione di una pandemia, è necessario che le modalità formative realizzate siano appropriate a seconda delle diverse fasi dell'emergenza: attraverso incontri d'aula sul territorio e di formazione a distanza (FAD) in fase di *preparedness* (modalità *blended*, con eventuale formazione sul campo) e mediante percorsi di sola FAD in fase pandemica. Col verificarsi di una situazione emergenziale, diventano ancora più rilevanti il monitoraggio e la valutazione della formazione realizzata, in quanto ne stimano l'impatto reale e percepito, anche rispetto ai fabbisogni formativi o ai risultati attesi dichiarati dagli stessi operatori sanitari (12, 13).

Vista l'eterogeneità della prassi comunicativa che la variegata platea di operatori sanitari potrebbe trovarsi ad affrontare (ad esempio per la modalità di relazione, per la tipologia di setting, clinico o di comunità, per i gruppi di popolazione con cui si viene a contatto), è stato identificato un set di strumenti essenziali e di indicazioni operative da utilizzare nei diversi scenari sanitari interessati dalla situazione di emergenza, al fine di strutturare la relazione in modo strategico e attuare interventi centrati sulle specifiche esigenze delle persone:

- avere conoscenze e competenze tecnico-scientifiche per fornire informazioni aggiornate, argomentate, comprensibili e personalizzate che, considerando la

- percezione soggettiva, si possano integrare nello schema cognitivo ed emotivo della persona e rappresentino un messaggio chiaro e significativo utile per affrontare paure, dubbi, per contenere l'ansia e per agire in modo conforme alle misure indicate, sia per quanto riguarda i comportamenti di prevenzione individuale, sia per quanto riguarda i comportamenti da adottare durante l'isolamento fiduciario domiciliare o durante la quarantena;
- disporre di abilità relazionali, quali: 1) **autoconsapevolezza** - abilità dell'operatore di essere in contatto con se stesso, con il suo setting interno anche per gestire le proprie emozioni che, se non riconosciute, accettate e controllate, rischiano di interferire nella relazione professionale con l'altro; 2) **empatia** - abilità dell'operatore di seguire, afferrare, comprendere il più pienamente possibile l'esperienza soggettiva della persona, ponendosi dal punto di vista dell'altro "come se" fosse il proprio; 3) **ascolto attivo** - abilità

dell'operatore che favorisce l'attivazione di un clima relazionale non giudicante e consente all'altra persona di sentirsi compresa, ma al tempo stesso di chiarire dubbi sulle diverse problematiche suscitate dalla situazione di emergenza (14);

- far riferimento, nella conduzione della relazione professionale, a uno schema processuale che si compone di alcune fasi e passaggi che sono descritti in associazione al metodo di riferimento applicato e al principale outcome generato.

Lo schema processuale per la relazione professionale è riportato nella **Tabella**.

Discussione

Fin dall'inizio, la pandemia da COVID-19 è stata caratterizzata da alcuni fattori di elevata criticità, quali ad esempio la dimensione dell'incertezza sulle evidenze scientifiche; disponibilità di misure preventive efficaci riconducibili in larga misura agli interventi non farmacologici, comportamentali, ambientali, di distanza sociale;

Tabella - Fasi, azioni e passaggi dello schema processuale della relazione professionale

Fase	Azione	Presupposto Metodologico/Outcome
Iniziale	Accogliere	Apertura, attivazione di un clima di fiducia e di relazione collaborativa
	Ascoltare attivamente	Rispecchiamento empatico
	Focalizzare il bisogno informativo/ problema/richesta Comprendere cosa la persona sappia sul tema specifico	Comprensione reciproca nella complementarità dei ruoli
	Porre attenzione alle implicazioni emotive manifestate	Considerazione degli aspetti comunicativi paraverbali e non verbali
Centrale	Fornire informazioni aggiornate, argomentate, comprensibili e personalizzate	Dimostrare bagaglio conoscitivo aggiornato
	Illustrare e condividere con la persona la possibile attivazione di percorsi per fronteggiare il problema	Approccio di collaborazione per un'identificazione condivisa di scenari
	Coinvolgere la persona nella gestione dell'emergenza proponendo e concordando cosa fare	Processi di attivazione di consapevolezza, responsabilità e capacità decisionale (empowerment)
	Attivare se necessario la rete territoriale	Integrazione rispetto all'offerta di servizi presenti sul territorio
Conclusiva	Riassumere ciò che è stato concordato e verificare che la persona abbia compreso	Correttezza e completezza metodologica
	Rendersi disponibili per ulteriori contatti (telefonici e/o, ove possibile, <i>vis à vis</i>)	Continuità di intervento nel tempo
	Salutare adeguatamente, non interrompendo in modo brusco il colloquio	Coerenza all'interno dell'intervento realizzato

condizione di infodemia (10). Le competenze comunicative e relazionali diventano dunque il comune denominatore imprescindibile per il personale sanitario diversamente impegnato in setting clinici e di comunità, in contatto con gruppi anche molto differenti di popolazione per caratteristiche sociodemografiche, stato generale di salute e rischio specifico di esposizione al SARS-CoV-2 (12). Pertanto, la necessità di accogliere la persona e di instaurare con questa un'interazione in un clima non giudicante, rispettoso dell'altro, richiede agli operatori stessi di utilizzare la comunicazione interpersonale in modo consapevole, competente e professionale, per porre la persona realmente al centro della relazione (14).

L'operatore sanitario è chiamato, anzitutto, ad acquisire e utilizzare un bagaglio conoscitivo basato su evidenze scientifiche sempre aggiornate con cui fornire informazioni personalizzate e argomentate, in un linguaggio tecnicamente corretto e soprattutto comprensibile per l'interlocutore, ad esempio relativamente alle misure, ai comportamenti di prevenzione da tenere e alle modalità di contagio. A ciò si aggiunge che, attraverso l'apprendimento e/o il perfezionamento delle principali abilità relazionali, il professionista si troverà a disporre di maggiori strumenti per coinvolgere attivamente le persone nella gestione dell'emergenza, riconoscendone la percezione soggettiva e motivandole ad agire in modo conforme alle regole indicate. È importante che il personale sanitario si riconosca quale parte integrante di una rete molto più ampia che deve muoversi necessariamente in modo sinergico per creare condizioni di collaborazione, facilitare il processo comunicativo e quindi rappresentare un valido supporto per contenere una possibile sensazione di solitudine. In tal modo, si attiva una partecipazione responsabile e consapevole della collettività, coinvolgendo e valorizzando figure sanitarie credibili impegnate sul territorio o in contesti clinici (13).

In un'emergenza sanitaria come la pandemia da COVID-19, a fianco delle componenti del processo relazionale che corrisponde al contesto micro della comunicazione, altri aspetti - macro - relativi ai processi comunicativi diventano fondamentali, tra questi: la pianificazione delle attività, la consapevolezza dello stato di incertezza e i processi di percezione del rischio o di stigmatizzazione sociale. Per considerarsi solido nel suo insieme, un processo comunicativo deve, quindi, essere ben pianificato, organizzato e coordinato, prevedere un forte coinvolgimento

della comunità e basarsi su un utilizzo di mezzi di comunicazione diversi in un'ottica integrata (7). Inoltre, un elemento indispensabile della comunicazione per la salute in condizioni emergenziali è il comunicare i processi, descrivendo in modo argomentato e chiaro le scelte fatte o che si faranno e la motivazione che determina alcune decisioni. A livello di comunità è essenziale che la preoccupazione venga orientata verso un'appropriata vigilanza, un apprendimento attento e una preparazione costruttiva, tenendo conto di atti soggettivi dominanti legati alla percezione del rischio individuale e collettiva (3). Oltre a elementi forti di comunicazione, ossia ciò che si sa, che si dà per acquisito in base a evidenze durevoli come sono, nel caso della pandemia COVID-19, le misure comportamentali per proteggersi dal contagio, le grandi sfide in termini epidemiologici prima e comunicativi poi sono rappresentate dall'informazione scientifica in continua evoluzione (1).

In uno scenario di tale complessità, acquisire e rafforzare conoscenze e competenze comunicative e più in generale relazionali, attraverso percorsi formativi e strumenti operativi *ad hoc*, rappresenta per gli operatori un valore aggiunto imprescindibile e costituisce una grande risorsa di sanità pubblica per costruire fiducia e credibilità e al contempo promuovere collaborazione e coesione sociale.

Conclusioni

Con riferimento a quanto appreso dall'esperienza maturata in pandemie precedenti, l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 ha prospettato finora ulteriori e molteplici sfide in termini di diffusione virale, trasmissione del contagio, interessamento di popolazioni e di territori. Poiché una delle maggiori difficoltà riguarda proprio la gestione dei processi di comunicazione, appare evidente quanto sia necessaria la realizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori di sanità pubblica per l'acquisizione di competenze comunicativo-relazionali da integrare con quelle tecnico-scientifiche.

Tale formazione, soprattutto in fase di risposta, può essere realizzata in modalità a distanza, con il fine di tracciare le linee unificanti e proporre una base comune, in termini di conoscenze e di linguaggio.

Questi argomenti necessitano poi di ulteriori approfondimenti attraverso corsi d'aula con gli operatori in presenza, che consentano di applicare metodologie didattiche interattive con esercitazioni di gruppo e role-playing. Metodologie queste che dovrebbero rientrare

nella pianificazione di eventi formativi, soprattutto in tempi non pandemici, alla base di più ampie e robuste strategie in materia di *preparedness*.

Citare come segue:

Possenti V, Colucci A, Luzi AM, De Mei B. Elementi metodologici di formazione su competenze comunicative e relazionali per professionisti sanitari impegnati nella pandemia da COVID-19. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(1):16-20.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidance: Public Health Communicators Get Your Community Ready for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). <https://www.cdc.gov/healthcommunication/phcomm-get-your-community-ready.html>; ultimo accesso 12/3/2021.
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Health emergency preparedness self-assessment tool. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepsa-health-emergency-preparedness-self-assessment-tool>; ultimo accesso 12/3/2021.
3. Reynolds B, Crouse Quinn S. Effective communication during an influenza pandemic: the value of using a crisis and emergency risk communication framework. *Health Promot Pract* 2008 Oct;9(4Suppl):13S-7S. doi: 10.1177/1524839908325267
4. Infanti J, Sixsmith J, Barry MM, Núñez-Córdoba J, Oroviogioicochea-Ortega C, Guillén-Grima F. *A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe*. Stockholm: ECDC; 2013.
5. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: WHO; 2017.
6. Meredith LS, Shugarman LR, Chandra A, Taylor ST, Howard S, Burke E, et al. Analysis of Risk Communication Strategies and Approaches with At-Risk Populations to Enhance Emergency Preparedness, Response, and Recovery. Final Report. https://www.rand.org/pubs/working_papers/WR598.html; ultimo accesso 12/3/2021.
7. World Health Organization. Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance v2, 26 January 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330678/9789240000773eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultimo accesso 12/3/2021.
8. Decisione 1082/2013/Ue Del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2013 relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 2119/98/CE.
9. ASSET. Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total Pandemics. Strategic Plan. 2015. http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/d3.1_strategic_plan.pdf; ultimo accesso 12/3/2021.
10. The Lancet. COVID-19: fighting panic with information. *Lancet* 2020 Feb 22;395(10224):537. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30379-2
11. Knolwles MS, Holton III EF, Swanson RA. *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Milano: Franco Angeli Editore; 2006.
12. Gruppo di lavoro Istituto Superiore di Sanità Formazione COVID-19. Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020).
13. Gruppo di lavoro Istituto Superiore di Sanità Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020).
14. Possenti V, Luzi AM, Colucci A, De Mei B. Communication and basic health counselling skills to tackle vaccine hesitancy. *Ann Ist Super Sanità*; 55(2):195-9; doi: 10.4415/ANN_19_02_12.