



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

# Comunicare con i genitori

## Introduzione

### 2.1. Trasparenza delle informazioni sul trattamento e sulla terapia

- 2.1.1 Introduzione
- 2.1.2 Modello paternalistico, mutualistico e consumistico
- 2.1.3 Barriere della comunicazione

### 2.2. Comunicazione con genitori

- 2.2.1 Introduzione
- 2.2.2 Ruolo dei genitori nel triangolo della comunicazione pediatra-bambino-genitori.  
Bambini/adolescenti

### 2.3. Soft Skills

- 2.3.1 Pazienza e ascolto. Attenzione condivisa (multitasking)
- 2.3.2 Empatia e intelligenza emotiva (gestione delle emozioni, risolvere i problemi, notizie cattive)
- 2.3.3 Linguaggio semplice, comunicazione espressiva
- 2.3.4 Riformulazione

### 2.4. Insegnare le Soft Skills

- 2.4.1 Pazienti standardizzati
- 2.4.2. Apprendimento basato sui casi
- 2.4.3. Gioco di ruolo
- 2.4.4. Apprendimento basato sul team
- 2.4.5. Apprendimento basato sul problema

### 2.5. Attività pratiche

### 2.6. Casi studio

### 2.7 Bibliografia



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## Video Tutorial

### Communicating with parents



## Introduzione

Durante l'esame obiettivo i dottori e i genitori devono comprendere ciascuno l'altro, costruendo un rapporto di fiducia reciproca. Questo tipo di relazione è molto complessa, ci sono barriere cognitive e affettive nella comunicazione. Assicurare una buona comunicazione tra genitori e professionisti della salute è necessario per comprendere che cosa i genitori considerano importante sulla relazione medico/paziente/genitori e cosa siano i punti più critici dei contatti medici. Questo capitolo presenta la base della relazione tra medici e genitori e mostreranno come questa può essere migliorata dalle Skill relazionali.

## 2.1. Trasparenza delle informazioni sul trattamento e sulla terapia

### 2.1.1 Introduzione

Il livello di qualità dell'assistenza sanitaria dipende in gran parte dalla sicurezza, tempestività, efficacia, efficienza, equità e buona comunicazione tra operatore sanitario e paziente. Per fornire un servizio sanitario professionale e centrato sul paziente, è essenziale migliorare le capacità di comunicazione. La centralità del paziente viene sottolineata dall'approccio biopsicosociale applicato al trattamento medico. Il modello biopsicosociale, in contrasto con il modello biomedico, afferma che la salute e le malattie siano determinate da un'interazione dinamica tra fattori biologici, psicologici e sociali e che nessuna malattia, paziente o condizione possa essere ridotta a uno solo di questi aspetti. Al contrario, il modello biomedico attribuisce la malattia a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche (Borrell-Carrió et al. 2004).



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

### 2.1.2 Modello paternalistico, mutualistico e consumistico

Quando i medici e i pazienti interagiscono, la comunicazione avviene tra persone in posizione non equa, di solito in una situazione emotivamente faticosa. Pertanto, questo tipo di relazione è una delle più complesse relazioni umane. Secondo (Roter 2010) ci sono quattro forme base di rapporto medico-paziente: paternalistico, mutualistico, consumista e inadempiente. Nelle relazioni paternalistiche, i medici sono dominanti mentre i pazienti rimangono passivi (assumono un ruolo più passivo). Il consumismo è caratterizzato da un paziente attivo e da un medico il cui principale obbligo è quello di fornire un servizio medico e considerare i diritti dei pazienti. Il mutualismo è associato al processo decisionale condiviso ed è spesso ritenuto il miglior tipo di relazione (centralità del paziente, compliance del paziente, soddisfazione del paziente migliora quando i medici connotano discorsi in positivo e si concentrano maggiormente sulla costruzione della alleanza terapeutica). Le relazioni predefinite, invece, sono caratterizzate dalla mancanza di controllo da parte degli interlocutori e sono considerate la peggiore modalità fra le quattro tipologie.

L'approccio mutualistico può essere usato come uno strumento efficace per comunicare anche con genitori e figli. Una recente revisione della letteratura (Tates & Meeuwesen 2001) indica che i bambini di età pari o superiore a 7 anni sono più precisi dei loro genitori nel fornire dati sulla salute che predice i futuri risultati di salute, anche se sono peggiori nel fornire storie mediche passate. L'affidabilità di questionari sulla salute per bambini di 8-11 anni sviluppati appositamente per questa fascia di età è risultata abbastanza buona. Le relazioni personali dei bambini forniscono un valido strumento per monitorare le esperienze interne di salute e sofferenza durante l'infanzia e l'adolescenza e possono migliorare la comprensione della salute e dello sviluppo delle malattie.

### Risorse online

**Borrel-Carrió F. et al. (2004) The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine, 2, 576-582.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

Il modello bio – psico – sociale è una filosofia di cura clinica e una guida di pratica clinica. In questo articolo gli autori difendono il modello bio – psico – sociale come un contributo necessario al metodo clinico scientifico.

**Roter D. (2010) Models of Doctor-patient relationship.**

<http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf>

Questa presentazione esplora la base, teorica e filosofica, definendo la relazione terapeutica e l'espressione della relazione terapeutica nella pratica reale, basandosi su uno studio empirico.

**Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Science and Medicine, 52, 839-851.**

[https://www.researchgate.net/publication/12096746\\_Doctor-parent-child\\_communication\\_A\\_review\\_of\\_the\\_literature](https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature)

Gli studi sulla comunicazione medico – paziente si concentrano prevalentemente su interazioni diadiche tra adulti. Lo scopo di questo studio è valutare lo stato dell'arte della ricerca nella comunicazione medico-padre-figlio e di esplorare il ruolo specifico del bambino.

### 2.1.3 Barriere comunicative

Una buona comunicazione con i genitori è essenziale. La maggior parte di essi sono esperti nell'individuare quando il comportamento del loro bambino non è normale per loro e potrebbe indicare problemi di salute. I pediatri dovrebbero riconoscere e comprendere la personalità e la salute dei genitori e dei loro bambini, in particolare se l'età o la disabilità del bambino rende difficile comunicare tra loro. I pediatri dovrebbero discutere eventuali preoccupazioni che hanno su un bambino o su un adolescente in modo da garantirne la loro sicurezza, il loro benessere e dovrebbero informare il genitore su quanto sta accadendo.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Una buona comunicazione con i genitori è essenziale. Nella maggior parte dei casi i genitori sono esperti nell'individuare quando il comportamento del loro bambino non è normale per loro e può indicare problemi di salute. I pediatri dovrebbero saper riconoscere la comprensione da parte dei genitori della personalità e della salute dei loro figli, in particolare se l'età o la disabilità del bambino rende difficile comunicare con loro. I pediatri dovrebbero discutere di eventuali preoccupazioni relative alla sicurezza o al benessere di un bambino o di un adolescente con i genitori e tenerli informati su ciò che sta accadendo.

Le barriere di comunicazione sono tutti quei blocchi che fermano o interrompono il processo di comunicazione. Ci sono molti ostacoli alla buona comunicazione nella relazione medico-genitore, comprese le barriere cognitive e affettive. Per raggiungere l'obiettivo comune di una migliore salute dei bambini, il medico deve identificare le barriere di comunicazione più frequenti e apprendere determinate abilità trasversali, da integrare alle conoscenze mediche che possiede.

A livello cognitivo, i pediatri dovrebbero verificare se hanno fornito sufficienti, eccessive o adeguate informazioni e se l'informazione risulta comprensibile sia per i genitori sia per i figli. A volte i medici hanno aspettative non realistiche nei confronti di genitori e pazienti in termini di livello di comprensione del linguaggio medico e capacità di gestire informazioni complesse in situazioni stressanti. Il linguaggio medico deve essere evitato in quasi tutti i casi, anche quando il genitore è un professionista sanitario qualificato.

Per fornire una corretta comunicazione a livello affettivo, un pediatra deve tenere conto della generazione di appartenenza dei genitori, del genere dei genitori, delle differenze culturali e dei valori personali. Il sistema di valori e le aspettative delle famiglie devono essere rispettati dagli operatori sanitari. La gestualità non verbale come il contatto visivo, il tocco, il tono della voce sono importanti. Un gruppo di ricercatori che ha confrontato le affermazioni dei pazienti sulla comunicazione ricevuta da chirurghi ha scoperto che i medici ritenevano di avere un tono di voce quasi tre volte maggiore di quanto denunciato dal gruppo. Quei medici la cui voce esprimeva preoccupazioni o ansietà avevano la metà delle probabilità di essere percepita dal gruppo. Un tono di voce negativo (ansietà) associato a parole positive (simpatico e calmante) è stato associato ad una maggiore soddisfazione del paziente e ad un miglior controllo dell'appuntamento in un periodo di 6 mesi (Ambady et al., 2002).

### Risorse Online

**Ambady N. et al. (2002) Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, 132, 5-9**  
<http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons%20tone%20of%20voice.pdf>

Gli aspetti interpersonali di cura, come i comportamenti di comunicazione dei medici, sono stati spesso citati come centrali per le decisioni dei pazienti di avviare un contenzioso per male pratiche. Nello studio corrente gli autori hanno studiato la relazione tra le sentenze del tono della voce dei chirurghi e le storie di rivendicazione di male pratiche.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## 2.2. Comunicazione con I genitori

### 2.2.1 Introduzione

La relazione pediatra-genitore-paziente è basata sulla fiducia. I fattori predittivi più importanti di una comunicazione efficace tra medici e pazienti/genitori sono la percezione di interesse, la cura, il calore e la reattività. La fiducia durante gli incontri pediatrici è generalmente definita come la convinzione di un genitore che il professionista sanitario pediatrico abbia in mente il miglior interesse per il bambino. Cattive relazioni con i professionisti sono la principale fonte di critica da parte dei genitori. Una buona relazione ha una maggiore influenza sulla soddisfazione del paziente, sul suo ritorno e sull'aderenza al trattamento rispetto alle istruzioni scritte o persino al momento dell'incontro medico (Levetown 2008).

Per garantire una buona comunicazione tra i genitori e gli operatori sanitari è necessario capire che cosa i genitori considerino importante sulle relazioni medico-paziente/genitore e quali siano i punti più critici degli incontri medici. Il seguente elenco si basa sul questionario per genitori Softis-ped e sulle interviste ai genitori svolte durante il progetto:

- Chiarezza, immediatezza: parlare il linguaggio dei pazienti, dirigere la conversazione in direzioni pertinenti, evitare, quando fattibile, sorprese dell'ultimo minuto.
- L'onestà: omettere l'informazione risulta accettabile solo quando il medico è convinto che parlarne ai genitori possa aumentare elementi di rischio o di danno al bambino, ai giovani o a chiunque altro. Il consiglio di un collega esperto o di un medico esperto può aiutare a scoprire qual è il modo migliore per affrontare la situazione.
- Rispetto: saluta il bambino e il genitore per nome, sorridi.
- Ascolto: coinvolgere i genitori e il bambino in un dialogo, alla fine della consultazione, chiedere se i genitori hanno qualche domanda, dare tempo ai genitori di assorbire e comprendere il contenuto delle spiegazioni.
- Altre e più approfondite informazioni sulla malattia, sul piano di trattamento e sui risultati attesi - Maggiore apertura sui rischi e sugli effetti collaterali del trattamento.
- Discutere i benefici, i rischi, le informazioni su altri trattamenti disponibili. Respingere a priori la medicina complementare e alternativa non risulta convincente per i genitori.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

### 2.2.2 Ruolo dei genitori nel triangolo della comunicazione tra pediatra-bambino-genitore.

Il ruolo dei genitori nella comunicazione medico-bambino varia in base all'età del bambino. Fino all'età di 6-7 anni il genitore è la persona che può comunicare meglio e funziona come un traduttore principale dei sintomi, delle domande e dei desideri del bambino in generale. All'incirca 6-7 anni i bambini possono fornire una descrizione migliore dei loro sintomi rispetto ai loro genitori (Tates e Meeuwesen 2001). Nella fascia di età di 6-12 anni, il ruolo dei genitori consiste principalmente nell'incoraggiare il bambino a comunicare direttamente con il medico, raccontando i sintomi con le sue stesse parole, fornendo aiuto quando necessario. Per i pediatri, le storie dei genitori sugli hobby e gli interessi dei bambini sono un'ottima fonte di informazione per costruire fiducia e scoprire come costruire un terreno comune con piccoli pazienti. Le visite mediche degli adolescenti e dei giovani adulti sono per lo più caratterizzate da un genitore più passivo o un genitore non è presente all'incontro medico.

Nel 2000, Tates e Meeuwesen pubblicarono uno studio sulla partecipazione dei bambini olandesi agli incontri medici dopo aver esaminato le osservazioni videoregistrate di 106 interviste mediche effettuate in un periodo di quasi 20 anni. I risultati hanno mostrato che il controllo del bambino nella visita medica è piuttosto limitato, tuttavia, nel corso degli anni, la partecipazione risulta più attiva. Un altro risultato importante dello studio è stato "la differenza nel modo in cui GP e genitore accolgono i loro schemi di risposta al bambino; **il controllo parentale sembra essere costante nel corso degli anni e non è correlato all'età del bambino, mentre il medico di famiglia sta considerando l'età del bambino**" (Tates & Meeuwesen 2000).

Gli stessi ricercatori hanno scoperto che la maggior parte degli studi hanno ignorato le implicazioni della presenza di un bambino negli incontri medici (Tates & Meeuwesen 2001), concentrandosi invece sugli studi sull'interazione medico-figlio-genitore, sulla comunicazione medico-paziente e esaminando principalmente le interazioni diadiche tra gli adulti. Molte ricerche precedenti che affermano di concentrarsi sull'interazione nella triade medico-genitore-figlio usavano metodologie basate sulla diade. Poiché le dinamiche di interazione di una triade differiscono fondamentalmente da quelle di una diade, Tates e Meeuwesen proposero di condurre più analisi triadiche.

Un'analisi triadica è stata effettuata da Tates et. al (2002) con lo scopo di sviluppare una tipologia per le relazioni medico-genitore-figlio e fornire una validazione empirica per la tipologia proposta. In totale, tre gruppi differenti sono stati trovati dal gruppo di ricerca: 1) entrambi adulti supportivi (principalmente nelle interazioni con i bambini più grandi) 2) entrambi adulti non di supporto (principalmente nelle interazioni con i bambini più piccoli) 3) Pediatra di libera (PdL) scelta di supporto e genitore non di supporto (questo modello si verifica più frequentemente nei bambini più grandi ed è correlato all'età e). Basandosi sulle videocassette analizzate registrate negli uffici dei pediatri, i ricercatori hanno concluso che "il novanta per cento delle consultazioni si conclude in modo non partecipativo, in parte a causa della diminuzione del comportamento di supporto del medico generico. La conclusione secondo cui i medici generici sono meno orientati ai bambini verso la fine della consultazione è in accordo con precedenti studi che affermano che i medici raramente discutono le decisioni di trattamento con i bambini. (...) il bisogno dei genitori di esprimere la loro preoccupazione e di essere coinvolti nelle decisioni terapeutiche (...) può spiegare i cambiamenti nel comportamento di supporto dei PdL verso il bambino (...) Il PdL non ha quasi mai ripreso il suo comportamento di supporto nei confronti del bambino dopo la discussione a due con il genitore" (Tates et al., 2002). In totale, 58 medici hanno partecipato allo studio, la maggioranza, il 91%, di genere maschile.

Pertanto, la principale responsabilità del medico nella comunicazione genitore-bambino-medico è 1) valutare se il bambino è pronto a partecipare attivamente o meno a quella specifica situazione (ad esempio, un bambino con una personalità aperta e aperta può essere diverso quando è malato); se ci sia un fattore costante che impedisce al bambino di comunicare apertamente (timidezza); se il bambino sia abbastanza grande/cognitivamente sviluppato da spiegare i propri



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.





Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

sintomi 2) se possibile permettere al bambino di raccontare i sintomi, esprimere le proprie emozioni e porre domande, mantenere il ruolo attivo del bambino nella conversazione e ridurre il coinvolgimento/coinvolgimento dei genitori, quando necessario ).

### Risorse Online

**Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.**

[https://www.researchgate.net/publication/12096746\\_Doctor-parent-child\\_communication\\_A\\_review\\_of\\_the\\_literature](https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature)

Studi sulla comunicazione medico-paziente si concentrano prevalentemente su diadiche interazioni tra adulti. Lo scopo di questo studio di recensione è di valutare lo stato dell'arte della ricerca nella comunicazione medico-genitore-figlio e di esplorare il ruolo specifico del bambino.

**Tates et al. (2002) Doctor-parent-child relationships: a "pas-de-trois". *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14**

[https://www.researchgate.net/publication/11168264\\_Doctor-parent-child\\_relationships\\_A\\_%27pas\\_de\\_trois%27](https://www.researchgate.net/publication/11168264_Doctor-parent-child_relationships_A_%27pas_de_trois%27)

Le opportunità del bambino di partecipare sono piuttosto limitate e parlando dei genitori, per il bambino, è in un certo senso co-costruito intenzionalmente. Questo studio ha mirato a caratterizzare ulteriormente le relazioni all'interno di questa triade attraverso lo sviluppo di una tipologia delle interazioni medico-padre-figlio, classificando il comportamento adulto in termini di sostegno vs non sostegno alla partecipazione dei bimbi.

**Tates K., Meeuwesen L. (2000) "Let Mum have their say": Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*, 40, 151-162**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000750>

La legislazione nei Paesi Bassi richiede che i bambini devano giocare una parte nel processo decisionale per quanto riguarda la propria sanità. Al fine di ottenere una presa su più aspetti asimmetrici e di controllo nella comunicazione medico-genitore figlio. Il presente studio analizza i modelli di presa in carico degli ultimi tre anni di medicina generale e fa un controllo negli ultimi anni.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## 2.3. Soft Skills

### 2.3.1 Pazienza e Ascolto. Attenzione condivisa (multitasking)

Ascoltare bene è una parte essenziale della comunicazione. Ciò richiede la disponibilità di tempo e pazienza adeguati e la disponibilità ad ascoltare le preoccupazioni dei genitori. Una stanza tranquilla, la mancanza di interruzioni, la fornitura di sedie per i genitori, seduti a una distanza appropriata, un buon contatto visivo, ecc., sono utili per migliorare l'ascolto e l'apprendimento dai genitori.

Il questionario di Softis-ped ha rilevato che le capacità di ascolto dei pediatri sono buone. Tuttavia, secondo Pilling (2008) molti medici tendono ad interrompere i pazienti dopo aver ascoltato i sintomi per soli 18 secondi perché hanno un tempo molto limitato da dedicare ai pazienti. Possono anche condurre l'intera conversazione in modo che i pazienti non siano mai in grado di terminare la frase. Di conseguenza, ciò porta spesso a una descrizione incompleta dei problemi del bambino con più della metà (54%) dei sintomi totali rimasti nascosti o non raccontati. Nel caso delle cure pediatriche primarie, il tempo potrebbe essere ancora più breve e potrebbero essere perse ancora più informazioni in quanto i medici devono comunicare con due persone invece di una sola. Anche se nel caso dei bambini più piccoli il genitore è più affidabile in termini di correttezza delle informazioni sui sintomi, il bambino non può essere ignorato durante la visita. Ascoltare i pazienti non richiede molto più del tempo che i medici suppongono: la maggior parte dei pazienti termina la prima frase senza interruzione in 60 secondi e nessuno di loro richiede più di 150 secondi, nemmeno se incoraggiato a farlo.

I medici tendono anche a sovrastimare l'importanza del sintomo menzionato per primo e tendono a interrompere il paziente subito dopo che il primo sintomo sia stato espresso. I pazienti spesso non sono in grado di decidere quale sintomo sia il più significativo e spesso l'ordine in cui li presentano non ha nulla a che fare con l'importanza clinica del dato sintomo. Durante le visite di controllo e gli appuntamenti la maggior parte dei medici riprende la conversazione in cui si è conclusa la precedente, continuando l'ultimo argomento della visita precedente e saltando tutte le domande introduttive.

La maggior parte delle volte i pazienti non hanno la possibilità di porre domande relative alla spiegazione del medico dato che il 75% dei medici non offre ai pazienti l'opportunità di porre altre domande. Oltre al tempo limitato che un medico può trascorrere con un paziente, ci sono anche alcuni medici praticanti a cui non piace essere interrogati. Il 76% dei pazienti ha ancora domande concrete dopo che la visita sia terminata o ha lasciato l'ambulatorio pedistico. Senza fornire sufficienti informazioni, i pazienti potrebbero anche non riuscire a riconoscere le buone intenzioni di un medico. Se si interrompe la fiducia, la compliance ai farmaci sarà peggiore e i pazienti non seguiranno le istruzioni del medico. I pazienti che sono più soddisfatti con i loro medici hanno maggiori probabilità di aderire alle raccomandazioni di trattamento e i medici che sono più esperti nel dominio emotivo dell'interazione con il paziente hanno probabilmente più pazienti soddisfatti. (Pilling 2008)

### Risorse Online

**Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció**

<http://egeszseguqyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-ianostol/>

L'autore presenta le fasi di un colloquio medico e spiega in dettaglio l'attività delle diverse fasi.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.





Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

### 2.3.2 Empatia e intelligenza emotive (gestione delle emozioni, risoluzioni, cattive notizie)

I genitori di bambini malati stanno vivendo un'esperienza difficile. Poiché i pediatri interagiscono con entrambi i bambini e i loro genitori, hanno bisogno di capacità interpersonali particolarmente forti. Il legame con la famiglia del bambino, mostrando empatia e comprensione della situazione difficile dei genitori è una parte molto importante del trattamento. I genitori possono reagire in vari modi a situazioni stressanti e un pediatra deve essere preparato a gestire reazioni negative comuni come la colpa, la rabbia, un improvviso sfogo di dolore.

È molto importante accettare ciò che dicono i genitori, senza giudicarlo. Apprezzare gli sforzi dei genitori e affermare la loro capacità di prendersi cura del bambino sia verbalmente sia non verbalmente, aiuta a costruire fiducia reciproca. I genitori meritano di sapere la verità, ma la sua consegna dovrebbe essere mitigata dal buon senso e dall'empatia. Se le condizioni del bambino sono particolarmente gravi, le informazioni possono essere fornite in piccole parti in due o più visite. Tuttavia, se i genitori esprimono il desiderio di sapere tutto, deve essere loro detto.

Molti medici riferiscono un certo livello di disagio nella comunicazione, in particolare quando devono informare i genitori di informazioni sconvolgenti o indesiderate. Rompere le brutte notizie insieme alla sfida di gestire le difficoltà costituisce le due aree principali in cui i medici sperimentano le maggiori difficoltà. Quando sentono cattive notizie, i genitori apprezzano un medico che dimostra chiaramente un atteggiamento premuroso e che consente loro di parlare e di esprimere le proprie emozioni. I genitori sono più attenti al rapporto affettivo con il medico rispetto alla capacità del medico di risolvere il problema.

Levetown e il Comitato di Bioetica hanno proposto il seguente modo per comunicare cattive notizie:

Apri la conversazione chiedendo ai genitori che cosa sappiano di ciò che sta accadendo al loro bambino. Molto probabilmente i genitori si arrabbieranno sentendo cattive notizie. Aspettare e riconoscere il loro dolore e la loro paura può essere un'attenzione che un pediatra può fornire per essere di supporto, così come non giudicare lo stato emotivo dei genitori. I medici possono usare frasi empatiche come "Posso comprendere che non si aspettava questo." (Silenzio). Una volta che i genitori hanno detto le loro idee al pediatra, le dovrebbero essere corrette/dimensionate errate percezioni.

Può anche essere utile chiedere se conoscono qualcun altro con questa diagnosi o situazione e chiedere quello che sanno sull'esperienza. I pediatri possono dire ai genitori, ad esempio: "Sembri piuttosto turbato; lo sarei anche io. (Silenzio). Conosci qualcuno che ha avuto questa malattia? (Silenzio). Come sono andate le cose per loro? ".

La condivisione graduale di ulteriori malattie e informazioni sul trattamento potrebbe essere molto apprezzata dai genitori. I pediatri possono fornire informazioni complete su più visite, se necessario. I materiali scritti e un mezzo per contattare il medico quando sorgono ulteriori domande danno ai genitori la sensazione di essere supportati dal team sanitario.

I genitori potrebbero voler avere l'opportunità di toccare o tenere in braccio il bambino, in particolare i neonati o i bambini da cui sono stati separati durante il tragitto per recarsi all'ambulatorio. Assicurare il contatto fisico quando possibile può ridurre la paura del bambino e l'esperienza traumatica dei genitori degli eventi.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

### Risorse Online

**Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. Pediatrics VOLUME 121 / ISSUE 5**

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Questo articolo fornisce una revisione degli elementi di prova riguardanti la comunicazione clinica in ambito pediatrico, che coprono lo spettro da consultazione ambulatoriale all'assistenza primaria alla notifica di morte e forniscono suggerimenti pratici per migliorare la comunicazione con pazienti e famiglie, in modo da essere più efficaci, efficienti ed empatici nella sanità pediatrica.

### 2.3.3 Linguaggio semplice ed espressività comunicativa

Non tutti i genitori hanno un buon livello di istruzione e intelligenza. Spiegare le cose in un linguaggio semplice, chiaro e diretto è molto importante. Chiarezza e franchezza sono particolarmente importanti per i genitori con una limitata cultura della salute. La maggior parte dei pazienti non ha familiarità con i termini medici e l'89-93% dei medici non riesce a verificare se hanno capito o meno la spiegazione. Pertanto, i pazienti memorizzano solo il 50-60% delle informazioni fornite (Pilling 2008). I genitori possono avere problemi a seguire le istruzioni di dosaggio e cura, calcolare la quantità corretta di farmaci da assumere e leggere le etichette nutrizionali. Il linguaggio semplice è una strategia che può essere applicata sia alla comunicazione scritta che a quella verbale.

Esistono molte tecniche utili ed efficaci per facilitare la comunicazione con i genitori. Usare semplici parole, frasi brevi e spiegare il gergo medico costituiscono il primo passo per evitare equivoci. Rompere le informazioni complesse in brevi dichiarazioni e prima fornire le informazioni più importanti e dopo concentrarsi sui due o tre concetti più rilevanti può essere utile anche ai genitori, soprattutto se non hanno la possibilità di prendere appunti. Aiuti visivi come disegni, modelli e diagrammi potrebbero facilitare una migliore comprensione dei fatti e delle statistiche biologiche

A volte le barriere linguistiche, le differenze culturali e di personalità possono anche influenzare l'efficacia della trasmissione delle informazioni. I pazienti possono aver bisogno di un altro tipo di informazioni di quanto suppongono i medici. I pazienti vogliono conoscere la diagnosi, la prognosi e ciò che ha causato la malattia mentre i medici sono più centrati sul trattamento e sui farmaci (Pilling 2008).

### Risorse Online

**Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció**

<http://egeszseguyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-ianostol/>

L'autore spiega le diverse fasi di un colloquio medico e spiega in dettaglio l'attività delle diverse fasi.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

### 2.3.4 Ripetizione

Per assicurarsi che il genitore capisca le informazioni fornite, il pediatra dovrebbe prima verificare ciò che i genitori già sanno della malattia del loro bambino. Con dei genitori consapevoli, la discussione può iniziare a un livello più alto anche se è importante verificare se la loro conoscenza o comprensione sia corretta. Molti genitori visitano fonti senza revisione o controllo, come siti Web o riviste sulla salute. Le capacità di comprensione dei genitori potrebbero essere influenzate da problemi linguistici e stati emotivi. Stimolare le informazioni, fornirle in una sequenza logica o dividerle in due o più sessioni può comportare una migliore comprensione e una migliore conservazione delle informazioni. Tra due sessioni i genitori hanno il tempo di assorbire le informazioni e far fronte alla nuova situazione. I pediatri dovrebbero essere pronti a ripetere pazientemente le informazioni e rispondere alle domande. È anche importante prestare attenzione a quante informazioni i genitori vogliono sapere: alcuni di loro sono interessati a ogni piccolo dettaglio delle condizioni del bambino, mentre altri semplicemente vogliono una prescrizione e una garanzia che tutto andrà bene (Mehta 2008).

Dopo aver risposto alle domande dei genitori, un pediatra può utilizzare un metodo di apprendimento per scoprire se hanno compreso le istruzioni. Invece di chiedere se i genitori capiscono cosa è stato loro detto, un pediatra può fare domande su come implementeranno il piano di trattamento, cosa intendono dire al loro coniuge o ai nonni riguardo alle cure del bambino o al funzionamento del dispositivo medico.

Le audiocassette possono fungere da efficaci strumenti di comunicazione, sebbene i pediatri abbiano ancora molte preoccupazioni nell'utilizzare tali nastri. I genitori possono ascoltare ripetutamente le informazioni e possono anche mostrarle ad altri membri della famiglia. Le audiocassette sono uno dei metodi più efficaci per la diffusione di informazioni accurate poiché "i nastri realizzati durante gli incontri ambulatoriali sono stati ascoltati dai genitori quasi universalmente; i nonni li ascoltavano più della metà del tempo (52,8%), il 70% veniva ascoltato più di una volta e un terzo dei genitori ne faceva una copia da tenere per sé. I nastri sono risultati utili > il 99% delle volte" (Levetown 2008).

### Risorse Online

**Mehta PN. (2008) Communication Skills – Talking to Parents. *Indian Pediatrics*, 45, 300-304.**

<http://medind.nic.in/ibvt08/i4/ibvt08i4p300.pdf>

La buona comunicazione è un'arte che è stata finora acquisita, sviluppata e migliorata dall'esperienza. Migliora la comprensione e l'adesione dei pazienti alla terapia e ha un effetto terapeutico. Tuttavia, può anche essere insegnato e valutato, mediante programmi strutturati

**Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* VOLUME 121 / ISSUE 5**

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Questo articolo fornisce una rassegna delle prove relative alla comunicazione clinica in ambito pediatrico, coprendo lo spettro dalla consultazione ambulatoria di cure primarie alla notifica di morte, e fornisce suggerimenti pratici per migliorare la comunicazione con pazienti e famiglie, consentendo una salute pediatrica più efficace, efficiente ed empatica cura



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## 2.4. Insegnare Soft Skills

Esistono diversi metodi per insegnare le abilità di Soft Skills nella comunicazione con i genitori. Questo capitolo illustra come le competenze trasversali possono essere insegnate e apprese utilizzando: pazienti / simulazioni standardizzati, apprendimento basato sui casi, apprendimento basato sul team, giochi di ruolo e apprendimento basato sui problemi.

### 2.4.1 Pazienti standardizzati

I pazienti standardizzati sono un metodo, quando qualcuno svolge il ruolo di paziente utilizzando uno scenario clinico per aiutare i dottori / studenti ad applicare abilità e conoscenze. Il loro scopo è quello di insegnare e valutare le capacità di valutazione e di colloquio del paziente. I pazienti standardizzati sono molto utili perché si tratta di una simulazione di vita reale. Ci sono delle sfide, perché si basa sull'improvvisazione e il feedback può essere variabile. Le SP sono una delle migliori metodologie in evoluzione nell'educazione medica.

### Online Resources

**Kierstan Hanson, Patience for Patients: The Joys and Challenges of Using Standardized Patients in the Clinical Skills Lab**

[http://www.aacp.org/governance/SIGS/laboratoryinstructors/Documents/Lab\\_SIG\\_webinar-16-05-25.pdf](http://www.aacp.org/governance/SIGS/laboratoryinstructors/Documents/Lab_SIG_webinar-16-05-25.pdf)

### 2.4.2. Apprendimento basato sui casi (CBL)

In CBL i dottori / gli studenti sono motivati a imparare da soli, apprendono l'abitudine all'autoapprendimento e integrano le conoscenze di diverse materie per risolvere i problemi. È un metodo a piccoli gruppi, i problemi di apprendimento sono pre-identificati. Il metodo CBL offre maggiori opportunità per le capacità di problem solving all'interno di una sessione. L'apprendimento basato su casi è un modo di apprendimento più adatto rispetto all'apprendimento basato sui problemi.

### Risorse Online

**Queen's University: What is Case-based learning?**

<http://www.queensu.ca/ctl/what-we-do/teaching-and-assessment-strategies/case-based-learning>

**Herreid, C. F. (2007). Start with a story: The case study method of teaching college science. NSTA Press.**

[http://pal.lternet.edu/docs/outreach/educators/education\\_pedagogy\\_research/start\\_with\\_a\\_story.pdf](http://pal.lternet.edu/docs/outreach/educators/education_pedagogy_research/start_with_a_story.pdf)



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

### 2.4.3. Gioco di ruolo

Il gioco di ruolo è un metodo ampiamente utilizzato per l'apprendimento della comunicazione nell'educazione medica. L'uso di giochi di ruolo in piccoli gruppi è un metodo importante per aiutare gli studenti a coltivare le competenze necessarie per intraprendere conversazioni sfumate e spesso difficili con pazienti gravemente ammalati. Sebbene sia possibile valutare le capacità decisionali di ruolo e le abilità di comunicazione interpersonale.

### Risorse Online

**Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Anthony L. Back, M.D.: Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators (2011)**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155105/>

### 2.4.4. Apprendimento basato su gruppo

L'apprendimento basato sul team (TBL) è un metodo di apprendimento incentrato sullo studente ma guidato da un istruttore. Il metodo utilizza strategie per incorporare l'efficacia dei metodi di apprendimento in piccoli gruppi come l'apprendimento basato sui problemi (PBL) in sessioni orientate alle lezioni di gruppo. (Yeswanth, Ganesh 2013).

i 4 principi essenziali dell'apprendimento basato sul team (1) formano e mantengono correttamente i gruppi; (2) tenere gli studenti responsabili per il lavoro individuale e di squadra; (3) fornire un feedback frequente e tempestivo; e (4) progettare incarichi di gruppo per promuovere l'apprendimento e lo sviluppo di squadra

Questo metodo incoraggia gli studenti a diventare giocatori attivi, piuttosto che essere passivi destinatari di informazioni. TBL esiste di quattro elementi: team, responsabilità, feedback e progettazione degli incarichi.

### Risorse Online

**Yeshwanth K. Rao, Ganesh K. Shenoy: Introducing team based learning in undergraduate pharmacology (2013)**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608283/>

**Dhiren Punja, Shivananda N Kalludi, Kirtana M Pai, Raghavendra K Rao, and Murali Dhar: Team-based learning as a teaching strategy for first-year medical students (2014)**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286580/>

**Farland MZ, Sicat BL, Franks AS, Pater KS, Medina MS, Persky AM. Best practices for implementing team-based learning in pharmacy education. Am J Pharm Educ. 2013;77(8):177**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806961/>



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

#### 2.4.5. Apprendimento basato su problema

PBL è un apprendimento che deriva dal processo di lavoro verso la comprensione o la risoluzione di un problema. (Barrows and Tamblyn, 1980). È centrato sullo studente, basato sui problemi, auto-diretto, reiterativo, collaborativo, autoriflessivo e autentico. L'apprendimento basato sui problemi ha due postulati fondamentali: l'apprendimento attraverso la risoluzione dei problemi è molto più efficace per creare un corpo di conoscenze utilizzabile in futuro e le abilità del medico più importanti per i pazienti sono le capacità di risoluzione dei problemi piuttosto che quelle della memoria. L'apprendimento basato sui problemi migliora l'importanza del pensiero critico e della risoluzione dei problemi.

#### Risorse Online

**Howard S. Barrows, MD, Robyn M. Tamblyn, BScN: Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education**

<http://apps.fischlerschool.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/fall11/1980-BarrowsTamblyn-PBL.pdf>



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.





Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## 2.5. Attività pratiche

È molto difficile imparare le competenze trasversali dalla letteratura o su base teorica. Il modo migliore per sviluppare competenze trasversali è praticarle in un ambiente di vita reale. Le seguenti attività pratiche consigliano diverse situazioni complesse in cui le soft skill sopra elencate come ascolto attento, comunicazione espressiva, comportamento emotivo possono essere messe in pratica.

### **Practical Activity - Listening**

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA1-Listening.pdf>

Questa attività pratica migliora la tua capacità di ascolto attraverso l'ascolto attivo.

### **Practical Activity - Simple language and expressive communication**

[http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA2-Expressive\\_communication.pdf](http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA2-Expressive_communication.pdf)

Questa attività pratica risolve il seguente problema: come spiegare le questioni complesse in maniera comprensibile; i genitori che capiscono solo il linguaggio semplice e i medici che invece utilizzano un linguaggio complesso (medico).

### **Practical Activity - Older child & non-supportive parent & supportive paediatrician (Emotional intelligence)**

Questa attività pratica descrive come comunicare con un bambino di età maggiore o con un genitore che non appoggia/ non è solidale con il pediatra. L'attività si concentra sull'intelligenza emotiva di ruolo. Il metodo utilizzato è il gioco di ruolo.

[http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA3-Emotional\\_Intelligence.pdf](http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA3-Emotional_Intelligence.pdf)

### **Practical Activity - Communicating bad news (Emotional intelligence; empathy)**

Utilizzando un genitore standardizzato, si simulano i partecipanti e verranno addestrati a come comunicare brutte notizie e come gestire le diverse risposte.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA4-Empathy.pdf>

### **Practical Activity - Difficult parents (Emotional intelligence; persuasion)**

Questa attività è un esercizio su come gestire i genitori difficili. Nell'esempio i genitori resistono alla vaccinazione selezionata per il figlio.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA5-Persuasion.pdf>



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## 2.6. Casi Studio

I studi di casi intendono emulare una situazione relativamente complessa in cui viene dimostrato un dato obiettivo di apprendimento. I casi studio, d'altra parte, riflettono solo gli aspetti selezionati degli obiettivi di apprendimento. Si prevede che gli studenti affrontino piuttosto le specifiche dei casi, ma durante questo esercizio dovrebbero essere affrontati anche i concetti indiretti.

### **Case Study - Parent withholding information from the child (Emotional intelligence; empathy)**

Problema risolto: i genitori trattengono informazioni sul bambino.

[http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case1-Withheld\\_information.pdf](http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case1-Withheld_information.pdf)

### **Case Study - Content/dosage of information (Emotional intelligence, empathy; expressive communication, persuasion)**

Parte del corrispettivo del contenuto/dosaggio di informazioni sta valutando su come le informazioni possono essere percepite. C'è un rischio di una persona ipersensibile o "allergiche" a determinate situazioni? Se questo non viene considerato in anticipo, possono insorgere complicazioni.

[http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case2-Information\\_dosage.pdf](http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case2-Information_dosage.pdf)

### **Case Study - Cultural/religious differences (Emotional intelligence, empathy; expressive communication, persuasion)**

[http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case3-Cultural\\_differences.pdf](http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case3-Cultural_differences.pdf)

Contesti culturali e religiosi possono influenzare come le cose che si dicono con le migliori intenzioni possano essere interpretate in modi inaspettati.

### **Case Study - Statements intended to comfort and maintain hope were interpreted as factual medical information (Emotional intelligence, empathy; expressive communication, persuasion)**

In questo caso le istruzioni destinate a consolare e a mantenere la speranza sono state interpretate come fattuali informazioni mediche.

[http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case4-Maintain\\_hope.pdf](http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case4-Maintain_hope.pdf)



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

## 2.8 Bibliography

Ambady, N. et al., 2002. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, pp.5–9. Available at: [http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons\\_tone\\_of\\_voice.pdf](http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons_tone_of_voice.pdf) [Accessed July 31, 2017].

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M., 2004. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), pp.576–82. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544> [Accessed July 31, 2017].

Levetown, M., 2008. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121(5). Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441> [Accessed July 31, 2017].

Mehta, P.N., 2008. Communication Skills – Talking to Parents. *INDIAN PEDIATRICS*, VOLUME 45, pp.300–304. Available at: <http://medind.nic.in/ibvt/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Pilling, J., 2008. Orvos-beteg kommunikáció Pilling Jánostól – Első Egészségügyi Marketing. Available at: <http://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/> [Accessed July 31, 2017].

Roter, D., 2010. *MODELS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP*, Available at: <http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. et al., 2002. Doctor–parent–child relationships: a “pas de trois.” *Patient Education and Counseling*, 48(1), pp.5–14. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399102000939> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2001. Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), pp.839–851. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600001933> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2000. “Let Mum have her say”: turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(2), pp.151–162. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399199000750> [Accessed July 31, 2017].

Kathryn N. Huggett, Ph.D. Team-Based Learning (TBL) Available at: <https://www.creighton.edu/sites/www12.creighton.edu/files/TL-Pedagogies-Team%20Based%20Learning.pdf>



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.