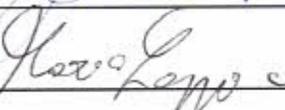


Req. Accred 2A.05.03.01

PROCEDURA:
LA CORRETTA COMUNICAZIONE CON PAZIENTE E CAREGIVER

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione e verifica	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	01/08/24	
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	2/08/24	
Adozione	Dott. M. Zappia Commissario Straordinario ASP Enna	07/08/24	

Req. Accred 2A.05.03.01

INDICE

INDICE	2
Premessa	3
1.	Scopo 5
2.	Campo di applicazione 5
3.	Scheda di registrazione delle modifiche 5
4.	Definizioni ed acronimi 5
5.	Responsabilità 5
6.	La comunicazione in sanità 6
6.1.	Elementi della comunicazione 6
6.1.1.	I piani d'interazione 7
6.1.2.	Regole generali di buona comunicazione 7
6.1.3.	Aspetti organizzativi della comunicazione 8
6.1.4.	L'ascolto attivo 8
6.1.5.	Killer della comunicazione 8
6.2.	Il protocollo SPIKES..... 9
6.3.	Comunicazione con i familiari stranieri o di diversa cultura 12
6.4.	La comunicazione della morte 12
6.4.1	Comunicazione della morte accertata con criteri cardiologici 12
6.4.2	Comunicazione della morte accertata con criteri neurologici..... 13
6.4.3	Comunicazione del decesso ai familiari stranieri e/o di diversa cultura . 14
6.4.4	Comunicazione ai familiari sulla disposizione del riscontro diagnostico/autoptico 14
6.5.	La comunicazione in tema di donazione degli organi 15
7.	Riferimenti, bibliografia e sitografia 16
8.	Allegati 16
9.	Monitoraggio 17
10.	Lista di distribuzione 17




Req. Accred 2A.05.03.01

Premessa

La comunicazione nella sanità è un fattore sostanziale e rilevante, considerata la molteplicità degli elementi umani, tecnologici, organizzativo/gestionali che orbitano nel sistema sanitario. A partire dal presupposto che i professionisti sanitari quotidianamente devono far fronte a situazioni relazionali complesse e difficili da gestire, diventa di fondamentale importanza comprendere in che modo poter interagire con l'altro (pazienti, caregivers, colleghi) efficacemente.

La comunicazione umana in generale consiste nell'esistenza di un messaggio che da un trasmittente deve arrivare ad un ricevente. La comunicazione sanitaria ha uno scopo più ristretto rispetto alla comunicazione umana. Essa infatti si riferisce a quella parte di comunicazione umana il cui contenuto ha a che fare con problemi legati alla salute. Per tale motivo, la comunicazione in sanità non può essere affidata soltanto alla spontaneità di procedure e di forme comunicative innate, ma è necessario che ogni operatore sanitario acquisisca e sviluppi specifiche abilità comunicative attraverso specifici training e percorsi formativi che considerino anche i contesti e le situazioni temporali e contingenti.

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". All'articolo 1 la Legge 219 "tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata. Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona "di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi".

Va promossa e valorizzata, secondo la Legge, la relazione di cura e fiducia tra il paziente e il medico che si basa sul consenso informato. La Legge sottolinea che "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".



Req. Accred 2A.05.03.01

La legge 113 del 14 agosto 2020 "*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*" prevede molteplici misure di prevenzione e educazione, focalizzando l'attenzione sulle modalità di comunicazione operatore – paziente - caregiver.

Inoltre la Regione siciliana ha emanato il D.A. 1603 del 21 dicembre 2023 – "*Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione siciliana*", che riconoscono la non idonea comunicazione verso i pazienti e/o utenti, tra le possibili cause o concause che possono incrementare gli atti di violenza e una corretta gestione della comunicazione, tra le strategie comportamentali per evitare l'intensificazione dell'escalation degli episodi di aggressione.

Al fine di fornire elementi pratici per migliorare il processo comunicativo con pazienti, caregiver e utenti, dare seguito a quanto previsto dalle normative soprariportate l'ASP di Enna ha predisposto la seguente procedura.



Req. Accred 2A.05.03.01

1. Scopo

In un'ottica di umanizzazione delle cure, la presente procedura ha lo scopo di:

- umanizzare la comunicazione come requisito di qualità dell'assistenza sanitaria erogata;
- veicolare una corretta comunicazione delle informazioni al paziente e ai caregiver con l'intento di evitare conflitti e/o eventuali atti di violenza al personale;
- migliorare le competenze comunicative del personale accrescendo il rapporto di fiducia tra cittadino e Sistema sanitario.

2. Campo di applicazione

La presente procedura si applica presso le strutture sanitarie territoriali e ospedaliere.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
31/07/2024	0.1	Inserito paragrafo 9 Monitoraggio
08/04/2024	0.0	Prima emissione

4. Definizioni ed acronimi

- ✓ Outcome: esito;
- ✓ SPIKES: acronimo utilizzato come nome di un protocollo ampiamente accreditato in ambito scientifico finalizzato alla comunicazione medico – paziente di notizie negative;
- ✓ Compliance: aderenza del paziente alla terapia;
- ✓ SIT: Sistema Informativo Trapianti.

5. Responsabilità

Tutto il personale, dipendente e non, che presta la propria attività presso strutture dell'ASP di Enna, ha l'obbligo di utilizzare una comunicazione efficace e rispettosa nei confronti dei pazienti, caregiver e utenti.

I responsabili /Direttori di U.O. hanno l'onere di promuovere modalità comunicative nel rispetto della presente procedura e di raccogliere eventuali reclami informali presentati dall'utenza.



Req. Accred 2A.05.03.01

6. La comunicazione in sanità

In sanità è necessario costruire forti competenze comunicative da porre in essere sia durante l'attività di routine che in situazioni di emergenza/urgenza. È necessario instaurare con i pazienti relazioni efficaci a partire da una buona comunicazione. Per poter ottenere questo, gli operatori devono poter essere sostenuti da solide competenze comunicative relazionali al fine di erogare un'assistenza efficace, appropriata, sicura ed efficiente.

Gli outcome di una buona comunicazione sono:

1. stabilire con il paziente un'efficace relazione comunicativa e terapeutica al fine di implementare positivamente gli esiti del percorso di cura, la compliance, l'appropriatezza delle prestazioni;
2. limitare il ricorso alla medicina difensiva, i contenziosi legati ad incomprensioni e conflittualità.

6.1. Elementi della comunicazione

Uno schema del processo comunicativo indica sei elementi essenziali, ricorrenti in qualsiasi forma di comunicazione:

1. Emittente/Mittente: è la persona che avvia la comunicazione producendo il messaggio che dopo averlo codificato, lo trasmette al destinatario servendosi di un canale;
2. Ricevente/Destinatario: riceve e accoglie il messaggio, lo decodifica, lo comprende e lo interpreta;
3. Messaggio: è ciò che si comunica e il modo in cui lo si fa, è l'insieme di informazioni che, dopo essere stato tradotto in segni e sensi per mezzo di un opportuno codice, viene trasmesso dal mittente al destinatario;
4. Codice: è un sistema di regole convenzionali, che permettono di produrre e interpretare il messaggio attribuendogli una struttura ben definita e coerente;
5. Canale: è il mezzo attraverso cui il messaggio viene trasmesso dal mittente al destinatario, ovvero il mezzo di propagazione fisica del codice;
6. Contesto: è l'ambiente all'interno del quale si situa l'atto comunicativo. È il quadro d'insieme delle informazioni e conoscenze che consentono l'esatta comprensione del messaggio.

Affinché la comunicazione sia efficace è indispensabile che mittente e destinatario utilizzino lo stesso codice per produrre ed interpretare il messaggio, altrimenti il destinatario darà al messaggio un significato diverso da quello che il mittente vuole trasmettergli.

La comunicazione interpersonale generalmente utilizza i tre linguaggi: verbale, non verbale, para verbale. A conferma del fatto che nel rapporto con gli altri giocano un ruolo determinante non solo il linguaggio verbale, come erroneamente si crede, ma anche quello non verbale e paraverbale, si cita lo studio effettuato già negli anni '70 da Albert Mehrabian, il quale ha rilevato che nella comunicazione, soprattutto quella connotata da forte contenuto emotivo, **la parte verbale della comunicazione non ha un ruolo centrale.**

Secondo tale studio, soltanto il 7% della comunicazione sarebbe costituito dal contenuto semantico delle parole.



Req. Accred 2A.05.03.01

6.1.1. I piani d'interazione

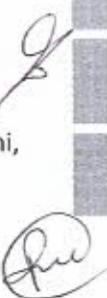
Nell'interazione clinica il sanitario deve tener conto dei diversi piani d'interazione descritti brevemente di seguito:

- 1) **AMBIENTE E TEMPO:** il setting include l'accoglienza, l'ambiente fisico e la privacy del paziente. Il tempo si riferisce all'orario e alla durata dell'incontro tra medico e paziente.
- 2) **COMPORTEMENTO:** azioni e relativi significati d'interazione che tengono conto del sistema familiare e sociale di appartenenza del paziente. Il livello comprende in generale i comportamenti e tutta la comunicazione non verbale (movimenti, gesti, espressione del viso...).
- 3) **CAPACITÀ:** a livello cognitivo, il personale sanitario deve avere le capacità di acquisire, affrontare e risolvere i problemi in modo efficace adottando idonee strategie comunicative e relazionali. Questo include la comunicazione verbale e l'uso limitato di termini tecnici e specialistici al fine di favorire una buona comprensione per il paziente e i caregivers.
- 4) **VALORI E CONVINZIONI:** il livello emotivo-affettivo della comunicazione in sanità si concentra sui sentimenti e le emozioni del paziente e dei caregivers, promuovendo un ascolto attivo e comprensivo senza giudizi. Si tratta di accogliere e supportare il paziente nel suo vissuto emotivo, rispettando le sue esperienze e opinioni.
- 5) **IDENTITÀ:** il livello dell'identità si concentra sui ruoli nell'incontro tra il professionista sanitario e il paziente, tenendo conto delle loro diverse necessità e contesti di vita. Il personale sanitario è chiamato a essere consapevole dei propri fattori interni ed esterni che possono influenzare l'interazione, ad ascoltare attivamente e ad accettare l'altro comprendendo le loro paure e preoccupazioni legate alla salute.

6.1.2. Regole generali di buona comunicazione

I pazienti e i familiari devono essere trattati con rispetto e professionalità considerando il disagio e la sofferenza psicologica collegata alla particolare situazione:

1. il professionista si presenta qualificandosi, indicando l'équipe e il servizio di appartenenza;
2. il professionista pone attenzione nel ricordare il nome proprio del paziente;
3. prima di fornire informazioni, verifica il grado di conoscenza delle condizioni cliniche del paziente;
4. il professionista usa un linguaggio semplice e comprensibile e, se deve, utilizza termini tecnici, spiegandoli;
5. evita di usare termini confondenti e poco comprensibili (per non allarmare);
6. facilita il superamento delle barriere linguistiche considerando la cultura di riferimento del nucleo familiare;
7. fornisce informazioni coerenti, accertandosi che gli interlocutori abbiano compreso le informazioni;
8. durante i colloqui il professionista mantiene atteggiamento rispettoso, postura adeguata, ascolto attivo, contatto visivo, tono pacato, prestando attenzione all'uso delle pause;
9. evita l'uso del cellulare se non per urgenze e, nel caso, si scusa;
10. pone attenzione a dare spazi alle domande;
11. dedica ai colloqui un tempo adeguato alle necessità degli interlocutori;
12. il professionista mantiene un atteggiamento aperto e non giudicante, accogliendo le argomentazioni, evitando contrasti e divergenze.



Req. Accred 2A.05.03.01

6.1.3. Aspetti organizzativi della comunicazione

Le condizioni e gestioni organizzative (ambienti, percorsi, logistica) facilitano e promuovono la corretta comunicazione:

1. una stanza dedicata ai colloqui con i familiari che garantisce riservatezza;
2. I colloqui sono svolti in un ambiente dove non ci sono e/o sono evitate le interruzioni;
3. in caso di necessità è possibile contattare/usufruire un mediatore linguistico e/o culturale;
4. informare che è possibile contattare/usufruire di una consulenza psicologica;
5. Informare che è possibile contattare/usufruire di un supporto spirituale;
6. i contenuti del colloquio sono condivisi con l'équipe e riportati sinteticamente in cartella.

6.1.4. L'ascolto attivo

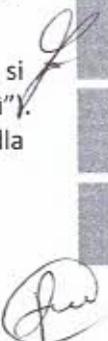
In un documento dal titolo *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*, il Ministero della Salute elenca le caratteristiche dell'ascolto attivo che riportiamo di seguito

- ascoltare il contenuto di ciò che viene detto, ossia fatti e idee. Saper stare in silenzio e, tramite adeguati tempi di attesa, lasciare il tempo all'interlocutore di pensare e formulare le sue affermazioni o risposte;
- capire la finalità, il significato emotivo di ciò di cui sta parlando l'interlocutore;
- valutare la comunicazione non verbale dell'emittente. Raccogliere spunti verbali e non verbali per cogliere quegli aspetti importanti del messaggio dell'interlocutore che possono non venire espressi esplicitamente per molteplici ragioni;
- controllare la propria comunicazione non verbale e i propri filtri. Avere consapevolezza dei messaggi che si stanno inviando con la propria comunicazione non verbale. Utilizzare le forme di comunicazione non verbale e paraverbale, quali la postura, il movimento, la prossimità, lo sguardo, il contatto visivo, elementi vocali (tono, ritmo, volume), espressioni facciali, aspetto fisico e setting dell'incontro, per segnalare la disponibilità all'ascolto, inviare messaggi di accoglimento e segnali di comprensione;
- ascoltare con partecipazione e senza giudicare, cercare di mettersi nei panni dell'emittente e capire che cosa influenza i suoi sentimenti, dimostrare di essere interessati a ciò che viene detto, sospendendo il giudizio sulle parole e sulla persona;
- dare risposte facilitanti che permettono all'interlocutore di dire di più rispetto a un argomento, mostrando che si è interessati e si vorrebbe saperne di più; anche semplici monosillabi espressi con il tono di voce appropriato ed espressioni non verbali coerenti hanno pari valore.

6.1.5. Killer della comunicazione

Perché la comunicazione mantenga l'efficacia bisogna evitare i cosiddetti "killer" della comunicazione, cioè i modi che riducono ogni possibilità di comprensione tra le parti, tra cui usare atteggiamenti o discorsi ambigui, il parlare per allusioni, il parlare a qualcuno perché il messaggio giunga ad un altro e così via.

Altri "killer" sono rappresentati da generalizzazioni ed espressioni assolutistiche (per esempio "tutti si comportano così", "succede sempre in questo modo", "non sono mai disponibili", "ogni volta va a finire così"). L'uso immotivato di espressioni assolutistiche e di generalizzazioni invalida fortemente la qualità della comunicazione e della relazione.



Req. Accred 2A.05.03.01

Esprimersi in modo diretto, manifestare con chiarezza le proprie posizioni e le proprie necessità, indicare con precisione le situazioni cui ci si riferisce, sono elementi essenziali della comunicazione che porta a una relazione efficace.

Per poter giungere a conclusioni che siano utili a tutte le parti e conseguire i risultati perseguiti è necessario che tutti siano messi in grado di capire bene le informazioni rilevanti e non vi sia possibilità di equivoco; al contempo il tempo della comunicazione va utilizzato in modo efficiente, restando focalizzati sul contenuto condiviso del dialogo.

6.2. Il protocollo SPIKES

SPIKES è l'acronimo utilizzato come nome di un protocollo ampiamente accreditato in ambito scientifico finalizzato alla **comunicazione medico – paziente di notizie** circa la salute di quest'ultimo.

Lineare e pratico, il protocollo SPIKES si articola attraverso **6 fasi** utili a raggiungere i quattro obiettivi di questo genere di dialogo:

- ottenere informazioni dal paziente;
- trasmettere informazioni mediche;
- supportare il paziente;
- stimolarne la partecipazione nello sviluppo della strategia di trattamento da adottare.

Le 6 FASI DEL PROTOCOLLO SPIKES:

1. **S – Setting up** | *Impostare*
2. **P – Perception** | *Percezione da parte del paziente*

Preparare un piano per comunicare lo stato di salute al paziente e fare prove mentali è essenziale. È opportuno scegliere un luogo confortevole e privato, coinvolgendo, se necessario, i caregiver. Durante l'incontro, è importante stabilire una connessione mantenendo il contatto visivo e gestendo il tempo e le interruzioni in modo adeguato.

3. **I – Invitation** | *Ottenere l'invito del paziente*

Nella maggior parte dei casi, i pazienti desiderano conoscere dettagli sulla propria diagnosi, prognosi e malattia. Tuttavia, in alcuni casi, questa volontà può essere assente a causa di meccanismi di difesa psicologica. La somministrazione di test o analisi può rappresentare un'opportunità per discutere sull'opportunità di comunicare tali informazioni.

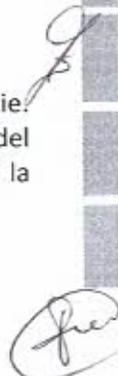
4. **K – Knowledge** | *Trasmettere conoscenza e informazioni*

Avvisare il paziente prima di comunicargli notizie negative sulla sua salute può attenuare lo shock. Le linee guida per la trasmissione di informazioni mediche includono l'uso di un linguaggio adatto al paziente, evitando tecnicismi e franchezza eccessiva. È importante dare le informazioni in piccole parti e valutare la comprensione del paziente. Inoltre, è consigliabile evitare frasi che suggeriscono mancanza di speranza.

5. **E – Emotions** | *Indirizzare l'emotività del paziente con empatia*

Affrontare la reazione emotiva del paziente è una delle sfide più difficili nella trasmissione di cattive notizie. Il medico può offrire sostegno attraverso un approccio empatico in quattro step: osservare le emozioni del paziente, identificarle, esplorarne le radici con domande aperte e lasciare che il paziente avverta la connessione emotiva del medico.

6. **S – Strategy & Summary** | *Strategia e riepilogo*



Req. Accred 2A.05.03.01

Dopo aver chiesto al paziente se si sente pronto, si può pianificare una strategia futura. Pazienti con una chiara strategia hanno meno ansia. Presentare opzioni di trattamento dimostra attenzione ai desideri del paziente. Condividere le decisioni aiuta il medico a ridurre il senso di fallimento in caso di esiti negativi. È importante valutare le incomprensioni per prevenire fraintendimenti sui trattamenti.

Applicazione del protocollo spikes: Alcuni suggerimenti pratici

S – Setting up | Impostare

Cosa fare:

- Visionare la documentazione clinica del paziente.
- Prepararsi su cosa dire: annotare, per meglio memorizzare, parole o frasi specifiche da usare o da evitare.
- Presentarsi e sedersi, per evitare di dare la sensazione che la comunicazione avverrà in modo frettoloso.
- Chiedere in anticipo al paziente se desidera che qualcun altro assista al colloquio (il coniuge, un familiare, un amico) e in che misura intende coinvolgerlo.
- Mettere il paziente a proprio agio.
- Ottimizzare qualsiasi richiesta di assistenza alla comunicazione e assicurarsi che il paziente sia mentalmente capace di partecipare alla discussione.
- Pregare i colleghi e lo staff di non interrompere il colloquio, se possibile.
- Assicurarsi che il tempo assegnato alla visita sia sufficiente per poter rispondere a domande o per ripetere informazioni non chiare.
- Qualora il tempo a disposizione non fosse sufficiente, organizzare il colloquio successivo in una data ravvicinata, e durante il colloquio seguente stabilire i limiti temporali già dall'inizio.

P – Perception | Percezione da parte del paziente

Alcune domande aperte utili alla comprensione di quanto il paziente conosca sulla sua malattia possono essere:

- “Che idea si è fatto della sua situazione?” / “Come ha scoperto la sua malattia?”
- “Come ha interpretato i suoi primi sintomi?”
- “Che cosa le è stato detto dagli altri medici?” / “Cosa le è stato detto della sua malattia?”
- “Quale è la sua idea?” / “Come descriverebbe la sua situazione attuale?”
- “Cosa ha pensato quando ha iniziato gli accertamenti?”.

Eventuali domande chiuse invece possono essere:

- “Ha pensato di avere qualcosa di grave?” / “È preoccupato?”

I – Invitation | Ottenere l'invito del paziente

Alcune domande utili alla comprensione di quanto il malato voglia conoscere sulla sua malattia possono essere:

- “Vuole che cerchi di spiegarle meglio la sua situazione?”
- “Lei cosa vorrebbe sapere?”
- “Lei sa esattamente che cosa sta succedendo o preferisce che glielo descriva io?”

K – Knowledge | Trasmettere conoscenza e informazioni

L'informazione successiva dovrà essere fornita in piccole dosi, per rallentare la velocità del processo di presa di conoscenza:



Req. Accred 2A.05.03.01

- “Vorrei parlare con lei di tre cose oggi: i risultati delle analisi, cosa questo comporta per lei e la terapia possibile.”
- Evitare di fornire tutte le notizie in una volta
- La percezione della situazione da parte del paziente si deve avvicinare, gradualmente, alla realtà clinica;
- utilizzare un linguaggio non tecnico, esprimersi nel linguaggio del paziente, evitare lunghi monologhi ed eufemismi, non minimizzare.
- Verificare sempre il grado di comprensione delle informazioni fornite e chiarire:
- “Le sembra che le ho fornito le informazioni di cui aveva bisogno?”
- “Le sembra di aver capito tutto quello che le è stato detto? C’è qualcosa che vorrebbe riesaminare?”

Il medico incoraggerà il paziente o il caregiver a fare domande o ritornare sull’argomento

- “C’è qualcos’altro che vuole discutere?”
- “Quali sono i pensieri o le domande che le passano per la testa in questo momento? Ha voglia di condividerle con me?”

E – Emotions | Indirizzare l’emotività del paziente con empatia

Per prima cosa è bene prestare molta attenzione alle reazioni verbali e non verbali del paziente riconoscendo e dando spazio all’espressione delle sue emozioni e delle sue preoccupazioni rispondendo a queste emozioni in modo empatico, incoraggiandone la descrizione e legittimandole:

“Mi sembra che questa informazione sia diversa da quello che si aspettava, penso che questo potrebbe turbare chiunque.”

Il secondo obiettivo del curante sarà quello di favorire la comprensione delle ragioni che sono la causa di tali reazioni:

“Lei si aspettava effetti più efficaci dalla chemioterapia. Il fatto che ci sia ancora la necessità di proseguire con le terapie le ha creato uno stato di delusione che è ben comprensibile”.

S – Strategy & Summary | Strategia e riepilogo

È importante fornire rassicurazioni al paziente e al suo caregiver che saranno seguiti tutto il decorso della malattia; e se ciò non fosse possibile, è cruciale che vengano organizzate delle alternative affidabili.

- “Farò tutto quello che [posso/possiamo] per assisterla in qualunque situazione in futuro.”
- “Non sarà lasciato solo.”

Prestare particolare attenzione al ruolo che il paziente vuole assumere nel processo decisionale e manifestare l’intento di coinvolgerlo in questo processo.

L’ultimo passaggio di questa parte dell’interazione sarà quello di valutare quanto la persona ha effettivamente compreso e di riassumere quanto effettivamente detto considerando la possibilità di sintetizzare la discussione:

“Dunque, abbiamo parlato di ... a lungo e abbiamo anche parlato di ... velocemente. È la sua stessa impressione?”



Req. Accred 2A.05.03.01

6.3. Comunicazione con i familiari stranieri o di diversa cultura

Comunicazione per l'accoglienza dei familiari stranieri/di diversa cultura: I familiari stranieri o di diversa cultura ricevono informazioni sulla base del loro livello di conoscenza e comprensione della lingua italiana, nel rispetto delle loro tradizioni culturali e dei loro valori. Il professionista:

1. si avvale del supporto linguistico e interculturale di figure terze (mediatore culturale, interprete professionale, referente religioso, altri operatori sanitari);
2. qualora ci si possa avvalere solamente dei familiari: parla lentamente e usa un linguaggio semplice evitando termini tecnici, dimostra attenzione al linguaggio non verbale (es. il tono di voce e l'espressione del viso), verifica che il familiare abbia compreso quanto comunicato;
3. tiene conto che le espressioni non verbali (gestualità, postura, prossemica, ecc.) possono assumere un significato differente in culture diverse dalla propria;
4. si avvale di schede di accoglienza multilingue se disponibili;
5. pianifica, se possibile, che il colloquio avvenga in presenza di professionisti di entrambi i generi;
6. propone se disponibile/necessario/richiesto un supporto spirituale.

6.4. La comunicazione della morte

6.4.1 Comunicazione della morte accertata con criteri cardiologici

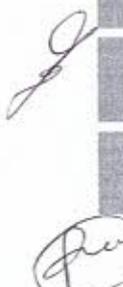
I familiari vengono informati della morte accertata con criteri cardiologici secondo modalità comunicative che tengano conto delle loro capacità di comprensione e dello stato emotivo.

1. La comunicazione della morte avviene dopo la diagnosi clinica;
2. Il medico che ha avuto in cura il paziente comunica la morte e pianifica la comunicazione:
 - coinvolge un altro membro dell'équipe per favorire la multiprofessionalità;
 - raccoglie informazioni sui familiari;
 - acquisisce le informazioni precedenti fornite ai familiari (es. cosa è stato detto e le reazioni);
 - ripercorre il percorso di diagnosi e cura del deceduto;
 - individua e predispone un luogo adeguato che assicuri riservatezza.

Il medico avvisa i familiari di raggiungere il reparto, favorisce la partecipazione al colloquio delle persone che i familiari desiderano presenti, concorda con i familiari la tempistica di arrivo in reparto/ Pronto Soccorso indicando come accedervi e a chi rivolgersi.

Durante il colloquio, il medico:

1. usa la parola "morte" aspettando un tempo appropriato;
2. utilizza frasi brevi con parole semplici, ritmo lento e un tono di voce appropriato;
3. se necessario alla comprensione utilizza materiali iconografici del percorso diagnostico e terapeutico;
4. se necessario spiega nuovamente con linguaggio appropriato;
5. rispetta i turni di parola, non interrompe i familiari anche quando parlano tra di loro;
6. se possibile rassicura i familiari di una adeguata sedazione/analgesia durante il trapasso;



Req. Accred 2A.05.03.01

7. garantisce un tempo di silenzio per l'ascolto e facilita la narrazione rivolgendo domande aperte;
8. accoglie le emozioni dei familiari;
9. usa pause di silenzio;
10. si rende disponibile a ulteriori domande e le facilita;
11. mantiene un contatto fisico/posturale adeguato alla situazione;
12. illustra la tempistica delle fasi successive alla comunicazione compreso tempo di trasferimento all'obitorio;
13. accoglie le richieste/propone eventuale assistenza spirituale;
14. accoglie le richieste/propone eventuale supporto psicologico se disponibile;
15. indica il luogo ove possono trovare il defunto (es. obitorio, camera mortuaria, stanza dedicata) e come raggiungerlo.

Al letto, il professionista:

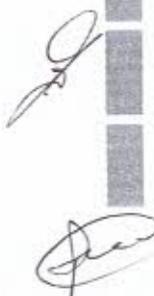
1. accoglie lo stato emotivo e le reazioni dei familiari;
2. si rende disponibile a ulteriori domande e le facilita;
3. mantiene un contatto fisico /posturale adeguato alla situazione;
4. accoglie le esigenze di permanenza dei familiari nel rispetto dei tempi e delle procedure del reparto.

6.4.2 Comunicazione della morte accertata con criteri neurologici

I caregiver vengono informati della morte in accertamento con criteri neurologici secondo modalità comunicative chiare e inequivocabili che tengono conto delle loro comprensibilità ed emotività.

La comunicazione di morte avviene al termine della prima riunione del collegio di accertamento. Il medico che ha avuto in carico il paziente ed effettuato la diagnosi, oltre a quanto già previsto in caso di accertamento con criteri cardiologici:

1. informa che la prima riunione del collegio ha valore confermatario della diagnosi di morte;
2. usa la parola "morte" aspettando un tempo appropriato alle reazioni dei familiari (evitando termini confondenti es: morte cerebrale-morte encefalica-periodo di osservazione);
3. garantisce un tempo di silenzio per l'ascolto;
4. utilizza frasi brevi con parole semplici, ritmo lento e un tono di voce appropriato alla situazione;
5. se necessario utilizza materiali iconografici della diagnostica per supportare/testimoniare l'argomentazione e la comprensione rispiegando con linguaggio appropriato;
6. spiega l'obbligatorietà dell'accertamento come da disposizione di legge;
7. descrive la tempistica e le procedure in corso.



Req. Accred 2A.05.03.01

6.4.3 Comunicazione del decesso ai familiari stranieri e/o di diversa cultura

Ai familiari stranieri e/o di diversa cultura viene comunicato il decesso tenuto conto del loro livello di conoscenza e comprensione della lingua italiana, nel rispetto delle loro tradizioni culturali e dei loro valori. Il professionista:

1. si avvale del supporto linguistico e interculturale di figure terze (mediatore culturale, interprete professionale, referente religioso, altri operatori sanitari);
2. qualora ci si possa avvalere solamente dei familiari: parla lentamente e usa un linguaggio semplice evitando termini tecnici, dimostra attenzione al linguaggio non verbale (es. tono di voce, espressione del viso), verifica che il familiare abbia compreso quanto comunicato;
3. si accerta che i familiari siano consapevoli dell'intero processo diagnostico/terapeutico;
4. tiene conto che i familiari possono avere una rappresentazione diversa della morte;
5. al fine di agevolare la comprensione del decesso si avvale, se necessario, di supporti grafici o visivi (immagini radiologiche, disegni, schemi);
6. accoglie la richiesta di comunicare con le persone che i familiari desiderano che siano presenti;
7. cerca di riconoscere la figura di riferimento del nucleo familiare;
8. verifica la comprensione e, se necessario, spiega con linguaggio appropriato;
9. se le condizioni lo consentono, permette ai familiari che lo desiderano di vedere il proprio defunto;
10. se richiesto si adopera per rendere possibili eventuali pratiche/supporto spirituale all'interno del contesto ospedaliero;
11. si rende disponibile alle domande dei familiari;
12. fornisce informazioni in merito alle procedure successive alla diagnosi di morte, termine dell'accertamento di morte e gestione della salma;
13. offre un tempo e uno spazio per un ultimo saluto;

6.4.4 Comunicazione ai familiari sulla disposizione del riscontro diagnostico/autoptico

I familiari vengono informati sulle motivazioni che hanno richiesto il riscontro diagnostico/autoptico (es. motivazioni cliniche o disposizioni giudiziarie). Il medico che ha avuto in cura il paziente:

1. informa i familiari che è stata disposto un riscontro diagnostico/autopsia e ne illustra le motivazioni;
2. informa i familiari che in caso di coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria, il prelievo è subordinato al nulla osta del magistrato;
3. accoglie le emozioni degli interlocutori;
4. fa buon uso del silenzio e utilizza un linguaggio non verbale (applica le regole generali di buona comunicazione);
5. mostra apertura a eventuali domande;



Req. Accred 2A.05.03.01

6. informa i familiari sui tempi di esecuzione delle fasi (riscontro diagnostico/autopsia e eventuale prelievo a scopo di trapianto e successivo trasferimento della salma);
7. informa sulle tempistiche del referto del riscontro diagnostico e le modalità per accedere/ richiedere la documentazione;
8. qualora il corpo sia a disposizione dell'Autorità giudiziaria che la tempistica è stabilita dal magistrato.

6.5. La comunicazione in tema di donazione degli organi

La donazione di organi coinvolge cittadini, malati e professionisti sanitari in un contesto culturale complesso. Durante la proposta donativa, l'équipe curante si confronta con le famiglie nel momento delicato della perdita. Si affrontano temi assistenziali, psicologici ed emotivi.

È essenziale una profonda conoscenza clinica per informare correttamente e gestire le paure e le incertezze dei familiari.

Il processo di comunicazione nelle attività di reperimento di organi e tessuti è trattato da decenni. La Legge n. 91 del 1999 riconosce al personale sanitario competenze comunicative nella relazione con i familiari del potenziale donatore, e il Centro Nazionale Trapianti negli anni ha emanato raccomandazioni dedicate sulla verifica della espressione di volontà e sulla gestione della comunicazione, definendo che la comunicazione efficace nel processo donativo deve garantire il rispetto per i cittadini e per i professionisti sanitari.

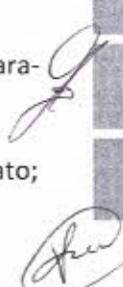
Nel colloquio-accertamento della volontà donativa i familiari vengono informati sulla dichiarazione di volontà registrata (nel SIT) o espressa (tessere – atto olografo).

In assenza di dichiarazione vengono sostenuti nella ricostruzione delle volontà del potenziale donatore.

- È essenziale che il professionista interroga il SIT per verificare la volontà donativa prima di incontrare i familiari;
- l'équipe curante e il professionista concordano la conduzione del colloquio;
- condividono informazioni circa la composizione del nucleo familiare, la provenienza e il contesto sociale del potenziale donatore;
- valutano la necessità di utilizzare un mediatore culturale o un interprete/ supporto linguistico;
- predispongono un luogo adeguato e confortevole che assicuri riservatezza e senza interruzioni;
- favoriscono la partecipazione al colloquio di tutte le persone che i familiari desiderano;
- esprimono vicinanza per il lutto anche con un linguaggio non verbale;
- usano parole semplici, con frasi brevi, ritmo lento e un tono di voce adeguato alla situazione.

Se è presente volontà registrata o espressa:

1. informano sulla volontà dichiarata e registrata (SIT volontà registrata) / volontà espressa in vita (tessere o atto olografo, presente tra gli effetti personali) e su quanto previsto dalla norma di legge;
2. verificano se presenti eventuali testimonianze contrarie, scritte e datate successivamente alla dichiarazione SIT;
3. verificano la comprensione delle informazioni rese e se necessario rispiegano con linguaggio appropriato;



Req. Accred 2A.05.03.01

4. accolgono le emozioni/reazioni dei familiari, rispondendo ad ogni richiesta di chiarimento, lasciando il tempo di narrazione (sentimenti e ricordi);
5. mostrano apertura a domande e richieste sul processo di donazione stimolando la narrazione.

Se non è presente la volontà registrata o espressa:

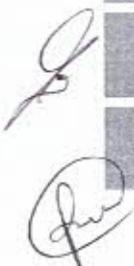
1. informano sull'assenza di dichiarazioni di volontà espresse in vita e registrate (SIT) e di altre evidenze tra gli effetti personali (tessere o atti olografi);
2. garantiscono la partecipazione attiva di tutti i membri della famiglia (anche i non aventi diritto);
3. Offrono ai familiari uno spazio-tempo adeguato per poter interpretare opinioni e stili di vita e condividere le volontà;
4. mantengono un tempo di ascolto ai bisogni dei familiari evitando atteggiamenti frettolosi;
5. verificano la comprensione e se necessario spiegano con un linguaggio appropriato;
6. accolgono le emozioni/reazioni dei familiari, rispondendo ad ogni richiesta di chiarimento e lasciando il tempo di esprimere sentimenti e ricordi;
7. mostrano apertura a domande e richieste sul processo di donazione;
8. garantiscono un tempo adeguato per il confronto/decisione dei familiari nel rispetto della tempistica del prelievo;
9. accolgono i pareri discordanti mediando i possibili conflitti, evitando contrasti e divergenze;
10. sostengono la scelta condivisa tra i familiari nel rispetto del ruolo degli aventi diritto indicati dalla norma.

7. Riferimenti, bibliografia e sitografia

- ✓ Istituto Superiore di Sanità Manuale di valutazione della comunicazione nella donazione di organi e tessuti. Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia) e Gruppo CNT (Centro Nazionale Trapianti) 2023, ix, 41 p. Rapporti ISTISAN 23/27 Rev.
- ✓ Dilts, R. (1982), Roots of Neuro Linguistic Programming, Meta Publications, Cupertino, CA
- ✓ Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The Oncologist 2000; 5:302-11.
- ✓ Piccolo manuale di comunicazione Pubblicazione realizzata con il contributo non condizionante di Boehringer Ingelheim © 2018 - Medica Editoria e Diffusione Scientifica
- ✓ Comunicazione e performance professionale: Metodi e strumenti Elementi teorici della comunicazione Ministero della salute Maggio 2015
- ✓ www.regione.lazio.it/sites/default/files/2023-05/f_comunicazione_chiara.pdf

8. Allegati

Non sono presenti allegati.



Req. Accred 2A.05.03.01

9. Monitoraggio

Percentuale di risposte alla domanda : *Pensa che i medici abbiano spiegato le cose.....In modo chiaro e comprensibile, rilevate tramite il questionario di gradimento.*

Valore atteso > 80%

10. Lista di distribuzione

Tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'ASP di Enna.

