



RAPPORTI ISTISAN 22|19

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Manuale di valutazione della comunicazione nei Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione

A. De Santi, E. Longo, A. La Commare per il Gruppo CARE DEA
(Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia -
Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione)



FORMAZIONE
E INFORMAZIONE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Manuale di valutazione della comunicazione
nei Dipartimenti di Emergenza-urgenza
e Accettazione**

Anna De Santi (a), Eloïse Longo (a),
Antonella La Commare (b) per il Gruppo CARE DEA
(Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia -
Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione)

(a) Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

*(b) Unità Operativa Formazione, Direzione Generale,
Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, Trapani*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
22/19

Istituto Superiore di Sanità

Manuale di valutazione della comunicazione nei Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione.

Anna De Santi, Eloise Longo, Antonella La Commare per il Gruppo CARE DEA (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia - Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione)
2022, ix, 35 p. Rapporti ISTISAN 22/19

Il manuale rappresenta uno strumento di lavoro per aiutare i professionisti e gli operatori che a diverso livello lavorano nei DEA, ad aumentare la propria sensibilità su aspetti e problemi comunicativi, psicologici, etici e pratici che intervengono nella relazione professionale con i pazienti, i loro familiari e tra gli stessi operatori. Si pone inoltre come strumento di autovalutazione, sia come singoli che come membri di una équipe, dello stile comunicativo e relazionale nei diversi momenti del percorso dell'utente al fine di migliorare la consapevolezza e la gestione dei pazienti. Il volume nasce su una struttura già precedentemente sperimentata in altre tematiche (in ambito oncologico, HIV/AIDS, riabilitativo, SLA).

Parole chiave: Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione; Autovalutazione; Comunicazione

Istituto Superiore di Sanità

Manual of evaluation of communication in the Departments of Emergency and Admission.

Anna De Santi, Eloise Longo, Antonella La Commare for the Working Group CARE DEA (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia - Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione)
2022, ix, 35 p. Rapporti ISTISAN 22/19 (in Italian)

The handbook is a tool aimed at helping professionals and practitioners who deal with Emergency and Admission Department at different levels, in order to increase their sensitivity to communication, psychological, ethical and practical issues involved in their professional relationship with patients and their family members. It is also an instrument of self-evaluation, both for individuals and members of a team, in regard to the communicative and relational style at different moments of the user's path, in order to improve awareness and management capacity. The volume is based on the same structure as the one already used for other topics (in the field of oncology, HIV/AIDS, rehabilitation, and SLA).

Key words: Emergency and Admission Department; Self-assessment; Communication

Si ringraziano per il sostegno nella divulgazione e applicazione del manuale: Dott. Gioacchino Oddo, Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani; Dott.ssa Daniela Segreto, Dirigente Ufficio Speciale Comunicazione per la Salute; Avv. Ruggero Razza, Assessore alla Salute Regione Siciliana; Marco Spizzichino, Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute; Dott. Paolo Zappalà, Commissario Straordinario Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani; Dott. Vincenzo Spera, Commissario Straordinario Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani.

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.desanti@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

De Santi A, Longo E, La Commare A per il Gruppo CARE DEA (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia - Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione). *Manuale di valutazione della comunicazione nei Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione.*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/19).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



Gruppo CARE DEA
Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia - Dipartimenti Emergenza urgenza e Accettazione

Progetto “Manuale di valutazione della Comunicazione nei DEA”
(Accordo di collaborazione ISS-ASP Trapani)

Responsabili Scientifiche

Anna De Santi	<i>Dipartimento di Neuroscienze Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Eloise Longo	<i>Dipartimento di Neuroscienze Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Antonella La Commare	<i>Unità Operativa Formazione, Direzione Generale ASP Trapani</i>

Gruppo CARE ASP Trapani – Regione Sicilia

Giuseppe Parrino (<i>Coordinatore</i>)	<i>Dipartimento Emergenza-urgenza</i>
Giuseppina Traina (<i>vice coordinatrice</i>)	<i>Unità Operativa Formazione</i>
Florinda Alagna	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Mazara del Vallo</i>
Maria Anelli	<i>Unità Operativa Qualità aziendale e Rischio clinico</i>
Loredana Bonventre	<i>Unità Operativa Formazione</i>
Manuela Brindisi	<i>Unità Operativa Formazione</i>
Vincenzina Cerrito	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Castelvetrano</i>
Maria Culcasi	<i>Unità Operativa Formazione</i>
Antonina D’Angelo	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Castelvetrano</i>
Alessandro Di Bona	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Trapani</i>
Massimo Di Martino	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Trapani</i>
Agata Drago	<i>Lungodegenza Presidio Ospedaliero di Trapani/Salemi</i>
Domenico Ferrara	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Pantelleria</i>
Paola Ferrara	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Alcamo</i>
Giuseppe Giacalone	<i>Servizio di Psicologia</i>
Giuseppe Giammarinaro	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Castelvetrano</i>
Anna Leone	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Pantelleria</i>
Gianfranco Masnata	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Alcamo</i>
Gioacchino Oddo	<i>Direzione Sanitaria</i>
Antonino Panzarella	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Marsala</i>
Rosa Piazza	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Mazara del Vallo</i>
Maria Pia Savarino	<i>Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Alcamo</i>
Vito Sciacca Parrinello	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Marsala</i>
Giovanni Scuderi	<i>Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza, Presidio Ospedaliero di Marsala</i>
Ivana Simonetta	<i>Unità Operativa Formazione</i>

Gruppo CARE ISS Regione Lazio

Luca Casertano (<i>Coordinatore</i>)	<i>Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma</i>
Flavio Mancini (<i>Vice Coordinatore</i>)	<i>Dipartimento Emergenza e Accettazione, ASL Rieti</i>
Massimiliano Aureli Rosa Bandiera	<i>Dipartimento Emergenza e Accettazione, ASL Rieti</i> <i>Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ASL RM3</i> <i>presso Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma</i>
Claudia Cicchini Eleonora Cirullo	<i>Dipartimento di Emergenza e Accettazione, ASL RM2</i> <i>Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Azienda Ospedaliera</i> <i>S. Camillo Forlanini, Roma</i>
Anna Maria Giammarioli	<i>Centro Nazionale per la salute globale, Istituto Superiore di Sanità,</i> <i>Roma</i>
Rosa Grimaldi Emanuele Guglielmelli	<i>Direzione Presidio ospedaliero S. Pertini, ASL RM 2</i> <i>Dipartimento Emergenza e Accettazione, Azienda Ospedaliera</i> <i>S. Camillo Forlanini, Roma</i>
Patrizia Martellucci Francesco Rocco Pugliese	<i>Direzione Presidio Ospedaliero Azienda Sanitaria Locale Rieti</i> <i>Dipartimento. Emergenza Accettazione, Ospedale Sandro Pertini,</i> <i>ASL Roma 2</i>
Antonella Urso	<i>Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria, Regione</i> <i>Lazio</i>
Vilma Varvo	<i>Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma</i>

Revisori

Fabio De Iaco Antonio Maccagnani	<i>Presidente SIMEU</i> <i>Dipartimento ad Attività Integrata Emergenza e Terapie Intensive,</i> <i>Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona</i>
Simona Morganti	<i>Unità Operativa Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento,</i> <i>Policlinico San Martino, Genova</i>
Emanuela Piccotti	<i>Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso, Istituto di Ricovero e Cura a</i> <i>Carattere Scientifico Giannina Gaslini, Genova</i>
Federica Sambuco	<i>Pronto Soccorso, Fondazione Policlinico Universitario</i> <i>Campus Bio-Medico, Roma</i>
Claudio Pensieri	<i>Direzione Clinica, Fondazione Policlinico Universitario</i> <i>Campus Bio-Medico, Roma</i>
Francesco Franceschini	<i>Unità Operativa Complessa Medicina D'Urgenza e Pronto Soccorso,</i> <i>Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università</i> <i>Cattolica del Sacro Cuore, Roma</i>
Marco Spizzichino Angelo Tanese	<i>Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute</i> <i>Direzione Generale, ASL RM1, Roma</i>

INDICE

Presentazione

Fabio De Iaco v

Prefazione

Marco Spizzichino vii

Premessa

Daniela Segreto ix

Introduzione 1

Caratteristiche e uso del manuale 2

PARTE PRIMA

La comunicazione: aspetti generali

- 1.1 Regole generali di buona comunicazione con pazienti e familiari nei Dipartimenti di Emergenza urgenza e Accettazione – DEA..... 7
- 1.2 Aspetti organizzativi della comunicazione..... 8
- 1.3 Riservatezza e autorizzazione a dare informazioni 10
- 1.4 Comunicazione interpersonale: aspetti emotivi e relazionali 11
- 1.5 Comunicazione al triage e in sala attesa..... 12
- 1.6 Comunicazione in sala visita e durante gli accertamenti..... 13
- 1.7 Comunicazione in OBI e medicina d’urgenza..... 14
- 1.8 Comunicazione durante il trasferimento..... 16
- 1.9 Comunicazione al paziente della diagnosi, della prognosi e del proseguimento della cura 17

PARTE SECONDA

Comunicazione in situazioni particolari

- 2.1 Comunicazione con pazienti minori e adolescenti 21
- 2.2 Comunicazione con minori che hanno subito e/o assistito* a violenza/maltrattamento..... 22
- 2.3 Comunicazione con donne che hanno subito violenza 23
- 2.4 Comunicazione con il paziente psichiatrico in caso di agitazione psicomotoria 25
- 2.5 Comunicazione con pazienti stranieri..... 26
- 2.6 Comunicazione nel fine vita..... 27
- 2.7 Comunicazione del decesso..... 28
- 2.8 Comunicazione in caso di PEIMAF (Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti) 29

Bibliografia di riferimento 31

PRESENTAZIONE

La comunicazione è parte vitale della cura: affermazione banale, fatto incontestabile. La banalità dell'enunciazione, peraltro, si scontra spesso con le difficoltà della sua traduzione pratica, tra elementi di contesto e personali attitudini.

L'Emergenza-urgenza pone il professionista di fronte alla necessità di modulare la propria comunicazione in una molteplicità di declinazioni: dalle reali emergenze alle condizioni di urgenza solo percepita, dalle istanze socio-assistenziali alla cronicità o al fine vita.

E tutto questo avviene in un contesto di incertezza dal punto di vista clinico-decisionale, di particolare pressione sotto il profilo temporale e ancora di precarietà e, spesso, confusione, dal punto di vista ambientale.

Tuttavia la crucialità della comunicazione resta immutata: le difficoltà non possono essere l'alibi per una scarsa efficacia. E i pazienti hanno diritto a informazione e sostegno indipendentemente dal contesto in cui si trovano.

Quel che spesso ripetiamo, in occasione dei momenti di formazione dei professionisti della Medicina di Emergenza-urgenza, è che la comunicazione efficace non è una grazia riservata a pochi ma una competenza necessaria a tutti, che deve essere studiata e appresa nelle sue regole generali ma anche nelle sue peculiarità assolute, che discendono proprio dalle criticità che fanno del Pronto Soccorso e dell'Emergenza pre-ospedaliera un *setting* di cura del tutto specifico.

L'acquisizione di questa competenza e il suo miglioramento continuo costituiscono un elemento critico nella formazione del personale dell'Emergenza-urgenza e diventano indicatore di qualità dei servizi.

Il manuale si presenta come strumento di lavoro autorevole, completo, concreto e immediato nelle mani degli operatori, in grado di consentire un'immediata e personale autovalutazione ma anche di costituire il riferimento per una più ampia disamina dell'efficacia globale del servizio: quel che serve a chi opera in urgenza.

Fabio De Iaco
Presidente SIMEU
Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza

PREFAZIONE

Nel 1972 a Gigi Ghirotti, giornalista della RAI e della Stampa, fu diagnosticato un linfoma di Hodgkin; lottò per due anni contro il male attraverso una lunga trafila di ricoveri nelle strutture ospedaliere pubbliche. Nel 1973 condusse un'inchiesta giornalistica per la RAI-TV come "inviato dal tunnel della malattia" sulla condizione e i diritti dei malati, in particolare i meno abbienti, descritti più volte come vittime dell'inadeguatezza dell'assistenza delle strutture sanitarie pubbliche.

In uno dei suoi scritti dice: «È sconvolgente pensare che negli ospedali, dove più sarebbe indispensabile la tutela della personalità umana [...], proprio negli ospedali questa tutela non esiste. Non per cattiveria, ma perché questo è l'uso, questa la tradizione [...]. Basta che l'uomo si ammali, che sia disteso su un lettino, e subito gli 'immortali principi' dell'uguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla malattia e alle armi per debellarla, se ne vanno in briciole. C'è sì una rude forma d'uguaglianza: ma in versione da caserma o da penitenziario».

Perché ricordare le parole di Gigi Ghirotti nella premessa di un manuale di valutazione della comunicazione nei Dipartimenti di Emergenza urgenza (DEA)? Anche se non è nemmeno lontanamente confrontabile l'assistenza ospedaliera negli anni '70 con quella dei giorni nostri, le parole di Ghirotti, particolarmente dure nei confronti del sistema sanitario, ci devono far riflettere su quanto un buon approccio comunicativo con il paziente sia necessario per un percorso di cura di qualità elevata.

Una delle prime iniziative che vengono messe in atto per umanizzare gli ospedali è la formazione del personale medico ed infermieristico, spesso carente di informazione sul fattore "umano". Frequentemente la formazione scolastica del medico e delle professioni sanitarie non si rileva adeguata ad affrontare questo aspetto, per cui gli ospedali tentano di ovviare con l'organizzazione di attività di aggiornamento professionale e di formazione sul lavoro.

Viene ormai riconosciuto dovunque il diritto del ricoverato ad ottenere con tempestività e completezza le informazioni sulla natura della malattia, sulle sue prevedibili evoluzioni e sulle conseguenze delle terapie praticate. L'ospedale, per andare incontro alle esigenze del malato deve quindi modificare anche la propria organizzazione interna.

I principi di umanizzazione delle cure, enunciati in molteplici documenti ufficiali, non sempre hanno trovato la piena realizzazione. In particolare, il Patto per la salute 2014-2016 all'art. 4 auspicava "un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo" indicando tra le aree prioritarie i DEA.

Questo manuale, monitorando puntualmente la comunicazione negli aspetti generali e in tutte le situazioni particolari di una struttura complessa come il DEA, rappresenta una risposta concreta agli auspici formulati in passato.

È sicuramente un modello da diffondere e da replicare per tutte le aree sanitarie ospedaliere e non.

Marco Spizzichino
*Direzione Generale della comunicazione
e dei rapporti europei e internazionali
Ministero della Salute*

PREMESSA

I pazienti che, a causa di un evento acuto che necessita di pronta assistenza medica, si recano al Pronto Soccorso, spesso si trovano in condizioni di particolare fragilità psico-fisica e, per tale ragione, l'approccio degli operatori dei Dipartimenti di Emergenza urgenza (DEA) deve necessariamente richiedere, in aggiunta alle competenze tecniche, anche quelle di tipo comunicazionale e relazionale.

Mettere al centro il paziente, l'assistito, significa avere la capacità empatica di dare risposte sia all'effettivo bisogno di cura che ai timori, alle ansie che – inevitabilmente – accompagnano l'accesso al Pronto soccorso.

Del resto, l'Assessorato regionale alla Salute, con la scelta di istituire uno specifico ufficio speciale dedicato ai temi della comunicazione sanitaria, ha inteso mettere al centro il paziente ed i propri bisogni di salute, per migliorare il rapporto di fiducia tra l'assistito ed il sistema sanitario che deve prendersene cura.

Creare condizioni d'accoglienza, grazie alle quali l'assistito – ma anche il *caregiver* - si senta accolto, accudito ed ascoltato, contribuisce, infatti, a migliorare le dinamiche comunicative che avvengono all'interno dei DEA, disinnescando, laddove necessario, fenomeni d'incomprensione e violenza nel rapporto con gli operatori sanitari.

Diventa quindi prioritario per gli operatori sanitari DEA affiancare all'efficienza ed alla competenza anche l'approfondimento delle capacità relazionali.

In tal senso, il "Manuale di valutazione della comunicazione nei Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione" rappresenta un valido strumento conoscitivo per tutto il personale sanitario, utile altresì agli assistiti ed ai loro familiari.

Il manuale, realizzato in collaborazione con l'ASP di Trapani, promotrice del progetto, sarà distribuito in tutti i DEA della Regione Siciliana anche attraverso una specifica azione formativa in sinergia con l'Istituto Superiore di Sanità e può essere considerato a pieno titolo un modello attuativo da divulgare a favore del personale delle Aree di emergenza-urgenza di tutto il territorio nazionale.

Dott.ssa Daniela Segreto

*Dirigente Ufficio Speciale Comunicazione per la Salute
Assessorato della Salute della Regione Siciliana*

INTRODUZIONE

Il Dipartimento di Emergenza-urgenza e Accettazione (DEA) rappresenta il primo incontro tra paziente e personale sociosanitario.

È un momento particolare che richiede molta competenza e sensibilità in quanto il paziente deve necessariamente comunicare aspetti e problemi personali e necessita di essere compreso, non solo dal punto di vista clinico e diagnostico, ma anche da un punto di vista relazionale.

Molti studi concordano che l'applicazione di corrette tecniche di comunicazione garantisce un'efficace relazione con il paziente e i familiari – oltre che con gli stessi colleghi – e rappresenta una risorsa utile per promuovere il benessere psicofisico e ridurre l'ansia di tutti gli attori coinvolti.

Nell'ambito dei DEA, termini come: efficienza, competenza, consapevolezza del tempo a disposizione, devono essere analizzati in funzione dell'interesse del malato.

Proprio per offrire un'opportunità di aumentare la competenza sugli aspetti della comunicazione e della relazione – che non sempre sono approfonditi nel percorso formativo universitario dei sanitari – si è voluto costruire uno strumento di autovalutazione ponendo al centro l'accoglienza del paziente e dei familiari con particolare attenzione agli aspetti emotivi, psicologici, sociali e organizzativi della comunicazione e delle dinamiche interpersonali.

Il manuale, promosso dall' Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Trapani, è stato realizzato attraverso due gruppi di lavoro CARE DEA (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia - Dipartimenti di Emergenza urgenza e Accettazione) di Trapani e del Lazio composti da responsabili DEA, medici, infermieri e psicologi che si sono impegnati in un sinergico e costante confronto finalizzato all'analisi dei diversi momenti comunicativi dei DEA.

Occorre sottolineare che lo strumento proposto potrà essere d'aiuto anche agli operatori che, trovandosi di fronte a situazioni particolarmente complesse, cercano di evitare il confronto con il dolore, talvolta per paura di non riuscire ad affrontarlo, di non sentirsi all'altezza, di non saper padroneggiare sufficientemente determinate realtà.

Armonizzare l'ambiente attraverso la conoscenza delle dinamiche comunicative da parte di infermieri, medici e altri operatori del DEA riveste un ruolo importantissimo nell'attività assistenziale articolata e piena di criticità quale è quella dei DEA dove l'ambiente comunicativo e relazionale può sempre essere migliorato.

L'empatia e la capacità di accoglienza dovrebbero essere competenze di ogni operatore in quanto permettono non solo di individuare gli effettivi bisogni del paziente e dei familiari, ma anche la costituzione di un'atmosfera dentro la quale l'utente e i suoi familiari si sentono accettati e protetti.

Anche l'intelligenza emotiva, ovvero quella parte di intelligenza che spiega l'armonia tra la parte emotiva e la parte relazionale del cervello, aiuta gli operatori a riconoscere e gestire le emozioni in situazioni complesse o ad assumere decisioni immediate.

Saper interpretare la gestualità e le espressioni del volto dei pazienti, così come saper formulare o riformulare frasi chiare e semplici espresse nello stesso codice linguistico costituiscono i criteri di qualità considerati in questo manuale.

Avere a disposizione una risorsa come il questo manuale di valutazione della comunicazione nei DEA si rivela un'esigenza irrinunciabile nell'ambiente sanitario anche in periodi in cui ci troviamo di fronte ad emergenze sanitarie che richiedono maggiori competenze e strumenti pratici per migliorare il proprio operato.

CARATTERISTICHE E USO DEL MANUALE

Il manuale di autovalutazione è una sorta di checklist nata dall'esigenza di dare concretezza e operatività a principi e strategie generali largamente condivisi.

Si è tenuto conto degli studi di dimostrazione di efficacia degli interventi di comunicazione nell'ambito dell'accoglienza e dell'assistenza nei DEA. I lavori originali e i documenti di sintesi a cui ci si è ispirati sono riportati in bibliografia.

La struttura del manuale è già stata adottata con successo in precedenti documenti dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicati nella serie *Rapporti ISTISAN* (<https://www.iss.it/rapporti-istisan>) relativi all'autovalutazione della comunicazione degli operatori in merito agli aspetti di personalizzazione e umanizzazione delle cure nell'ambito dell'oncologia, HIV, AIDS, riabilitazione e SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica).

Il manuale di autovalutazione si presenta suddiviso in due parti:

- la prima approfondisce gli aspetti generali della comunicazione nei DEA (nel triage, in sala visita, in Osservazione Breve Intensiva-OBI ecc.);
- la seconda riguarda la comunicazione in situazioni particolari (con minori e adolescenti, donne e minori che hanno subito violenza, con pazienti fragili, psichiatrici, nel fine vita, ecc.).

Ogni parte è inoltre diviso in riquadri relativi a temi che sono stati identificati come fondamentali nei DEA e che riguardano direttamente la comunicazione o gli aspetti organizzativi della comunicazione stessa.

Ogni riquadro inizia con uno scopo (gli effetti sui pazienti e i “familiari”) e contiene da 5 a 22 criteri specifici. Per ognuno dei criteri e per lo scopo si chiede di dare una valutazione positiva o negativa (Sì/No).

Il numero elevato di criteri deriva dall'esigenza di concretezza e specificità. Alla stessa esigenza risponde l'indicazione, all'interno di molti riquadri, di esempi (frasi o espressioni) che danno un'idea di come mettere in pratica principi accettati da tutti, ma descritti in modo astratto, quali “essere empatici”; “ascoltare attentamente”; “accertare che cosa il paziente vuole sapere”.

Il manuale è destinato all'autovalutazione da parte dell'operatore oppure delle équipes di operatori dei DEA.

Lo scopo è che dall'autovalutazione nasca una maggiore consapevolezza dei punti di forza, delle criticità nella comunicazione e delle priorità delle aree di miglioramento su cui intervenire.

Per le sue caratteristiche questo manuale rappresenta un utile strumento per la formazione del personale.

Il modello comunicativo alla base dei riquadri:

- considera le modalità di comunicazione, sia quelle relative all'assistenza, sia quelle orientate al prendersi cura (componenti peraltro spesso difficilmente separabili), come abilità relazionali che possono essere apprese, con maggiore o minore difficoltà a seconda delle caratteristiche personali, da tutti gli operatori sanitari ed in particolare da quelli che operano nei DEA;
- promuove il raggiungimento di una maggiore consapevolezza sulle modalità relazionali adottate e quelle da potenziare;
- supporta gli operatori nelle diverse fasi della gestione del paziente nel DEA.

Nei riquadri si prendono in esame i momenti comunicativi nei diversi ambiti e aree dei DEA (alla luce delle buone pratiche, della letteratura e delle vigenti linee guida).

Nella formulazione dei criteri sono state considerate, adattandole alla realtà dei DEA, le aspettative dei pazienti come messe in luce dall'inchiesta di Coulter (2005) e cioè che gli operatori:

- mostrino rispetto per le loro preferenze e li coinvolgano nelle decisioni;
- diano informazioni chiare e comprensibili;
- li mettano in grado il più possibile di autogestire la situazione;
- prestino attenzione ai loro bisogni fisici, emotivi e psicologici;
- coinvolgano i “familiari” e diano loro sostegno;
- assicurino la qualità dell'assistenza in tutte le fasi del percorso di accettazione e cura.

Quando tra i criteri di ogni riquadro non viene specificata la figura professionale che svolge l'azione si deve sempre intendere che viene effettuata dall'operatore.

Con il termine operatore si intende il personale sanitario di genere femminile e maschile.

Con il termine *caregiver* si intende “colui che si prende cura” di un individuo che per vari motivi non è autonomo. Secondo questa definizione, quindi, il termine può riguardare indistintamente tutte le persone (familiari e/o amici) che accudiscono il paziente.

I riquadri che compongono il manuale – ogni momento o situazione particolare della gestione del paziente – sono stati suddivisi in sezioni tematiche.

Ogni checklist è frutto di un'intensa attività di confronto tra i membri dei gruppi di lavoro che, alla luce della propria competenza professionale e delle diverse realtà territoriali di riferimento, hanno individuato le principali aree di intervento nei DEA. Per ogni area sono stati identificati i principali momenti comunicativi nella gestione del paziente e dei familiari.

Dalla lettura, uso e applicazione del manuale possono nascere azioni migliorative volte a far emergere potenzialità e risorse latenti, sia umane che strutturali e funzionali.

Ciascun DEA potrà compilare l'intero documento o selezionare le sezioni del manuale che intende approfondire.

In base alle esperienze maturate con precedenti manuali di valutazione della comunicazione realizzati dall'Istituto Superiore di Sanità, si prevede che l'autovalutazione richieda diverso tempo e per questo si consiglia di suddividerla in più incontri.

Non si tratta di “fare un compito”, ma di avviare un processo di consapevolezza delle modalità comunicative degli operatori.

Si raccomanda di:

- presentare il manuale agli operatori dei DEA nell'ambito di specifici percorsi formativi che ne illustrino finalità e modalità di utilizzo;
- favorire sia l'auto-somministrazione, sia la somministrazione in équipe garantendo comunque il coordinamento da parte del responsabile del DEA o di un suo sostituto;
- prevedere interventi psicologici di supporto agli operatori sulla base delle criticità rilevate;
- applicare il manuale più volte per valutare e attestare i cambiamenti intervenuti nel tempo.

PARTE PRIMA
La comunicazione: aspetti generali

1.1 Regole generali di buona comunicazione con pazienti e familiari nei Dipartimenti di Emergenza urgenza e Accettazione – DEA

SCOPO: Pazienti e “familiari” sono trattati dall’operatore* con educazione e umanità che dovrebbe essere presente in ogni rapporto interpersonale.		
Criteri	Sì	No
1. L’operatore si presenta con nome, cognome e qualifica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si ricorda il nome dei pazienti e li chiama con il loro nome. Non dà del “tu” facendosi dare del “lei” (la forma colloquiale “Tu” può essere utilizzata con bambini, adolescenti o giovani vicini all’età adolescenziale).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Parla in presenza del paziente rendendolo sempre partecipe adeguando il linguaggio alle sue condizioni cliniche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Evita di parlare delle condizioni del paziente in sua presenza, come se non esistesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usa un linguaggio chiaro, comprensibile, facilita il superamento delle barriere linguistiche e tiene conto della cultura e delle caratteristiche dei pazienti e familiari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Usa espressioni rispettose (per es. “ <i>Sig. Rossi si accomodi in sala di attesa che sarà chiamato in base al codice di priorità</i> ” e non “ <i>Siediti e aspetta finché non ti chiamiamo</i> ”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evita di usare termini ambigui, poco comprensibili, che possano rassicurare o allarmare ingiustificatamente il paziente (es. “ <i>Riscontro una neoformazione a carattere eteroplastico</i> ”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fornisce al paziente e familiari informazioni coerenti e non contraddittorie e si accerta che il paziente e i familiari abbiano compreso bene le informazioni importanti e/o complesse (ad es. facendosi ripetere con parole loro quello che è stato detto per essere sicuri di essersi spiegati bene).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Durante i colloqui, mantiene un buon rapporto visivo, guardando di tanto in tanto l’interlocutore negli occhi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evita l’uso del cellulare se non per urgenze e, nel caso, si scusa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si rende disponibile a dare informazioni e chiarimenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Offre la possibilità di fare domande mentre espone le informazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. In caso di prolungata attesa avvisa pazienti e familiari spiegandone i motivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se deve richiamare il paziente o i “familiari” al rispetto delle regole del servizio, lo fa cortesemente, criticando il comportamento e non la persona (Dà per scontato in un primo momento che il comportamento sia stato involontario o dovuto a ignoranza delle regole).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dedicai colloqui un tempo sufficiente corrispondente al livello di gravità di ciò che si vuole comunicare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Non esprime giudizi nei confronti dei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l’operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.2 Aspetti organizzativi della comunicazione

SCOPO: Le condizioni organizzative (ambienti, percorsi, sale, logistica) facilitano e promuovono la buona comunicazione e il sostegno di pazienti e "familiari".		
Criteri	Sì	No
1. È presente un display in sala di attesa per informare sul numero complessivo di pazienti presenti nel DEA e che indica l'attesa del paziente per codice di priorità di accesso alle cure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. È presente un monitor-TV con proiezioni continue di filmati e/o notizie che offre supporto e distrazione ai familiari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Viene assicurata in sala di attesa la disponibilità di cavi per la ricarica della batteria di telefoni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le condizioni organizzative facilitano e promuovono la buona comunicazione e il sostegno di pazienti e "familiari".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gli ambienti dedicati all'area Triage sono dotati di locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali secondo scale validate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In particolari casi, come ad esempio la pandemia, l'operatore illustra il percorso gestionale e organizzativo previsto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'organizzazione dispone di sale riservate ai pazienti affetti da malattia potenzialmente trasmissibile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L'organizzazione dispone di locali per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie o per le necessità sociali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'organizzazione dispone di servizi igienici, anche per disabili, punti d'acqua e di ristoro accessibili dalla sala di attesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. È presente un assistente di sala attesa (generalmente proveniente da Associazioni di volontariato) che svolge il ruolo di prima accoglienza e di "mediatore" nella comunicazione tra il personale sanitario e i cittadini, agevola la condivisione dei vissuti e degli stati d'animo permettendo l'espressione di paura, ansia, dolore, rabbia, gioia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. È presente – in alcune ore della giornata – uno Psicologo Clinico all'interno della struttura, il cui intervento è rivolto non solo ai pazienti e ai familiari, ma anche agli Operatori sanitari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se autorizzato dal paziente, è disponibile uno strumento di comunicazione agli aventi diritto, anche informatizzato, dello stato di avanzamento del percorso assistenziale del proprio congiunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La sede dei colloqui è confortevole con possibilità di sedersi senza la barriera della scrivania e in presenza di poltrone comode e assicura la riservatezza, riduce le interruzioni (es. squilli di telefono, ecc.). I colloqui dovrebbero svolgersi in una sede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tutti gli operatori indossano il cartellino di riconoscimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vi è una bacheca aggiornata dello staff del DEA e numero telefonico dedicato alle comunicazioni con il personale stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. È previsto un percorso dedicato per i bambini come da indicazioni del triage intra ospedaliero pediatrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. È previsto un percorso dedicato per le donne vittime di violenza e per i minori che hanno subito e/o assistito a violenza/maltrattamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vi sono accordi con enti o associazioni per assicurare la disponibilità di alloggi gratuiti o a tariffa ridotta nelle vicinanze per "familiari" fuori sede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Si svolgono regolarmente riunioni di équipe (medici, infermieri, altri operatori), in modo da analizzare le criticità emerse nel rapporto con l'utenza e promuoverne la soluzione o l'armonizzazione e il miglioramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ci sono procedure scritte volte a garantire al paziente la ricezione (al momento della dimissione) di copia della cartella clinica o di una relazione medica dettagliata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. L'organizzazione mette in atto provvedimenti che premiano l'impegno del personale nella buona comunicazione, per esempio mediante l'inserimento negli obiettivi di budget di uno scopo inerente alla buona comunicazione con i pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. L'organizzazione favorisce la presenza di rappresentanti delle associazioni di pazienti e di "familiari", per il loro contributo sugli aspetti riguardanti la comunicazione e la qualità di permanenza dei pazienti nel DEA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA</p> <p>Numero complessivo dei NO: _____</p> <p>Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.3 Riservatezza e autorizzazione a dare informazioni

SCOPO: Vengono rispettati i diritti del paziente alla riservatezza delle informazioni che lo riguardano e alle decisioni riguardanti i destinatari delle comunicazioni che lo riguardano.		
Criteri	Sì	No
1. Si accerta che i dati personali e quelli relativi alla salute del paziente siano corretti e completi.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Individua per i pazienti fragili un familiare e/o un accompagnatore che possa fornire informazioni per conto del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Garantisce sempre il rispetto del diritto alla riservatezza e alla libera volontà del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il consenso al trattamento dei dati viene richiesto al paziente mediante un atto con cui si manifesta l'intenzione libera, specifica e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali e relativi alla salute che lo riguardano (mediante dichiarazione scritta, anche attraverso mezzi elettronici, oppure oralmente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prima del consenso, l'operatore fornisce sempre al paziente un'adeguata informativa completa di tutti gli elementi indicati secondo la normativa vigente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'operatore chiede al paziente i nominativi delle persone (familiari, medico curante, altri soggetti) a cui poter fornire informazioni riguardanti lo stato di salute del paziente stesso (cd. autorizzazioni a dare informazioni).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'operatore registra in cartella sia l'avvenuta espressione del consenso sia le suddette eventuali autorizzazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nel caso in cui il paziente sia un minore o una persona incapace, viene identificato il genitore/tutore/curatore a cui dare le informazioni e a cui chiedere il suddetto consenso per conto del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le informazioni e i dati relativi allo stato di salute del paziente vengono forniti in modo che nessuna persona non autorizzata dal paziente (neppure un altro paziente) possa ascoltare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Esistono regole o procedure scritte che assicurano il rispetto della riservatezza durante la trasmissione delle informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento del paziente e nel suo monitoraggio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

(*) *Nei dati personali e relativi alla salute rientrano tutti i dati dell'interessato che rivelino informazioni riguardanti la persona e connesse allo stato di salute fisica o mentale passata, presente o futura dello stesso. Tali dati comprendono informazioni sulla persona fisica raccolte nel corso della sua registrazione al fine di ricevere servizi di assistenza sanitaria o legati alla relativa prestazione e possono consistere in un numero, un simbolo o un elemento specifico attribuito a una persona fisica per identificarla in modo univoco a fini sanitari, in informazioni risultanti da esami e controlli effettuati su una parte del corpo o una sostanza organica, compresi i dati genetici e i campioni biologici e, altresì, in qualsiasi informazione riguardante una malattia, una disabilità, il rischio di malattie, l'anamnesi medica, i trattamenti clinici, lo stato fisiologico o biomedico dell'interessato, indipendentemente dalla fonte, che può essere un medico o altro operatore sanitario, un ospedale, un dispositivo medico o un test diagnostico in vitro. (Informazioni tratte dal Regolamento UE 2016/679, Regolamento generale sulla protezione dei dati).*

1.4 Comunicazione interpersonale: aspetti emotivi e relazionali

SCOPO: Pazienti e familiari, per tutto il percorso di accoglienza e cura nel DEA, ricevono attenzione e accoglienza da parte di tutti gli operatori.		
Criteri	Sì	No
1. L'operatore ascolta in modo empatico pazienti e familiari cercando di comprenderne lo stato emotivo (<i>"È comprensibile sentirsi così"</i> ; <i>"È difficile e doloroso quello che le sto dicendo: me ne rendo conto"</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Presta attenzione alla congruenza tra linguaggio verbale e non verbale (es. il tono di voce e l'espressione del viso corrispondono al significato della comunicazione).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si avvale dei "familiari" del paziente solo quando questo non è in grado di instaurare una corretta relazione (es. stato confusionale).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pone attenzione alle espressioni mimiche e ai gesti del paziente che possono indicare stati di sofferenza emotiva (es. ansia, panico, tristezza, rabbia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pone attenzione alle reazioni del paziente alla comunicazione di cattive notizie e lo aiuta ad esprimere le sue preoccupazioni e paure (<i>"È difficile. Cosa la preoccupa di più?"</i> ; <i>"In questo momento non si sente in grado di decidere. È così o mi sbaglio?"</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lascia il tempo sufficiente al paziente di assimilare le cattive notizie (es. l'operatore non parla per i 10 secondi successivi la comunicazione della cattiva notizia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si accerta che il paziente e/o i familiari non abbiano informazioni errate sul quadro clinico e sul trattamento che possano creare o aggravare stati d'ansia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa espressioni come <i>"Ci sono buone e ottime probabilità"</i> , <i>"Potrà contare su di noi"</i> , <i>"Le saremo vicini nelle difficoltà"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Non ricorre ad espressioni rassicuranti come ad esempio, <i>"Non ci pensi"</i> ; oppure ben intenzionate, ma inefficaci come <i>"Non si preoccupi, andrà tutto bene"</i> (volgere al positivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Esprime il proprio apprezzamento al paziente e ai "familiari" quando il paziente mostra forza d'animo nell'affrontare la situazione difficile lo esprime con espressioni del tipo: <i>"Vedo che ha molta energia"</i> ; <i>"Vedo che ha la grinta giusta per affrontare le difficoltà"</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.5 Comunicazione al triage e in sala attesa

SCOPO: Viene assicurata una corretta comunicazione e presa in carico degli utenti e dei familiari che accedono al DEA, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.		
Criteri	Sì	No
1. L'operatore si accerta dell'identità del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Assicura al paziente e ai familiari la presa in carico della persona dal momento in cui si rivolge alla struttura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acquisisce informazioni dal personale del 118.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nell'eseguire i primi accertamenti sullo stato di salute del paziente parla lentamente e chiaramente, si accerta che il paziente abbia compreso bene quanto gli è stato comunicato e ne chiede conferma con un cenno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Attribuisce il codice di priorità al paziente informandolo sul significato del codice attribuito e sui tempi di attesa previsti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chiede al paziente e agli aventi diritto l'autorizzazione ad attivare uno strumento informativo di comunicazione relativo allo stato di avanzamento del percorso assistenziale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comunica al paziente il luogo dove attendere la visita in relazione alle sue condizioni di salute ed al codice di priorità assegnato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SÌ: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.6 Comunicazione in sala visita e durante gli accertamenti

SCOPO: Le visite e gli accertamenti diagnostici vengono svolte assicurando la comunicazione al paziente e ai familiari.		
Criteri	Sì	No
1. L'operatore accompagna il paziente nella sala visita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si accerta che il paziente non sostì nei corridoi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se le condizioni cliniche lo consentono spiega dettagliatamente al paziente in cosa consista l'iter diagnostico-terapeutico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'operatore sostiene il paziente nella scelta di condividere – se richiesto – dubbi, preoccupazioni e paure anche con "i familiari".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Al momento della visita/accertamento diagnostico, si accerta che la porta del box/stanza non possa essere aperta se non dal personale sanitario, in modo da evitare aperture improvvise da parte di soggetti situati all'esterno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pone attenzione al rispetto della privacy del paziente, evitando di scoprire parti del corpo non necessarie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Garantisce la sicurezza e la prevenzione dell'ipotermia del paziente (es. adeguata copertura del paziente in caso di transito in zone con bassa temperatura ambientale).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nei casi di pazienti in codice 1/rosso il medico si accerta dell'esistenza di eventuali Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) e ne chiede l'acquisizione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.7 Comunicazione in OBI e medicina d'urgenza

SCOPO: Pazienti e familiari ricevono informazioni adeguate, tempestive e comprensibili su tutti gli aspetti della loro permanenza in OBI e Medicina d'urgenza.		
Criteri	Sì	No
1. All'ingresso nelle sale osservazione il paziente viene accolto dal personale sanitario dell'area.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'operatore informa il paziente su quali figure professionali sono presenti nell'area, con quali rispettive competenze e su come identificarle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verifica la congruenza dei dati anagrafici forniti dal paziente e del suo codice identificativo alfanumerico con quanto riportato sulla documentazione clinica che accompagna il paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verifica la diagnosi di ingresso in Osservazione e l'impostazione dell'iter diagnostico-terapeutico e posiziona il paziente in postazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Utilizza le procedure previste da ciascuna Azienda per l'accertamento dello status giuridico del paziente e dell'esistenza di eventuali figure giuridiche specifiche di riferimento e nel caso le riporta in cartella clinica e procede a contattarle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si accerta che il paziente/curatore/amministratore abbia ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ed abbia sottoscritto la relativa modulistica; in caso negativo provvede a fornire l'informativa e ad acquisire le relative autorizzazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si accerta della corrispondenza dell'identità delle persone presenti autorizzate dal paziente a ricevere informazioni sanitarie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Descrive al paziente e alle persone autorizzate dal paziente l'organizzazione dell'area funzionale deputata all'Osservazione, gli orari della terapia, del vitto e dell'ingresso parenti, la localizzazione dei servizi igienici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si accerta del grado di autosufficienza del paziente e concorda insieme le modalità di mobilitazione (es. sollevatori per disabili) e di utilizzo dei presidi medici (es. materassi a pressione variabile antidecubito).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fornisce gli ausili del caso e spiega al paziente le modalità di chiamata del personale e di utilizzo degli ausili stessi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'équipe compila le schede con le specifiche scale del caso (es. rischio di caduta, rischio di lesioni da decubito, scala del dolore, rischio di tromboembolismo venoso, ecc.) e mette in atto le relative strategie preventive dandone comunicazione al paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rende partecipe e si accerta che il paziente abbia compreso gli scopi e gli esiti degli accertamenti svolti ed il piano clinico assistenziale programmato specificando la sua disponibilità a dare chiarimenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fornisce al paziente informazioni chiare e non contraddittorie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. L'operatore si accerta dell'eventuale indicazione al digiuno e, se non prescritto, provvede alla richiesta della tipologia di vitto più idonea, acquisendo le informazioni dal paziente su eventuali allergie/intolleranze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. L'operatore tiene conto dei valori spirituali del paziente se autonomamente e liberamente espressi e cerca di rispettarli nella messa in atto delle pratiche assistenziali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. In caso di pazienti disorientati, confusi o agitati spiega al paziente e ai <i>caregiver</i> di riferimento la necessità di attivare le misure per la riduzione del rischio a tutela della loro integrità, ad esempio contenzione farmacologica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. L'operatore sanitario raccoglie i dati sulla terapia farmacologica in atto acquisendo le informazioni dal paziente e/o dai <i>caregiver</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Qualora il paziente sia dimesso a domicilio o indirizzato presso un ambulatorio, ne spiega il motivo e illustra la presa in carico e il piano terapeutico. Consegna, oltre al referto del DEA, la prescrizione su ricettario, sia esso cartaceo o telematico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nell'orario di colloquio il medico fornisce le informazioni cliniche ai familiari che ne fanno richiesta, previa verifica dell'autorizzazione da parte del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. L'operatore sanitario, durante la permanenza in DEA ed al momento della dimissione, provvede a fornire informazioni al paziente/ <i>caregiver</i> in merito alle prescrizioni farmacologiche e/o l'utilizzo di presidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA</p> <p>Numero complessivo dei NO: _____</p> <p>Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.8 Comunicazione durante il trasferimento

SCOPO: Pazienti e familiari ricevono informazioni adeguate, tempestive e comprensibili su tutti gli aspetti dell'eventuale trasferimento ai reparti o ad altra struttura ospedaliera.		
Criteri	Sì	No
1. In caso di necessità di trasferimento del paziente presso altra struttura sanitaria, fornisce allo stesso e agli eventuali accompagnatori indicazioni sulla motivazione del trasferimento, sulle modalità di ricerca del posto letto, sulla tipologia della struttura di ricovero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In caso di rifiuto da parte del paziente alla proposta di trasferimento in altra struttura sanitaria, spiega le conseguenze della scelta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informa dell'eventuale trasferimento le persone autorizzate dal paziente a ricevere informazioni cliniche, laddove non sia in grado di farlo autonomamente e comunica loro anche le modalità e la tempistica del trasferimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Al momento del trasferimento/ricovero, fornisce la documentazione clinica del paziente per la sua presa in carico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. In caso di ritardo nello svolgimento di una prestazione o durante un trasferimento/ricovero, si scusa per l'inconveniente, spiega i motivi del ritardo e, se possibile, offre una indicazione dei tempi di attesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nei casi di pazienti in codice 1/rosso il medico si accerta dell'esistenza di eventuali Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) e ne chiede l'acquisizione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

1.9 Comunicazione al paziente della diagnosi, della prognosi e del proseguimento della cura

SCOPO: Vengono fornite al paziente e, solo se acconsente, ai suoi familiari, le informazioni riguardanti l'esito degli accertamenti e delle terapie eseguite durante la permanenza in DEA.		
Criteri	Sì	No
1. Sono disponibili e vengono applicate le linee guida che orientano la comunicazione (es. quelle ispirate eventualmente al modello SPIKES* sulla comunicazione delle cattive notizie), ove applicate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si accerta preventivamente su cosa il paziente già conosca della propria condizione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In caso di malattia a prognosi infausta, rispetta il desiderio del paziente di non sapere (legato per esempio a negazione della malattia) e acquisisce il consenso del paziente a delegare un familiare/altra persona a ricevere informazioni sul suo stato di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In caso di malattia a prognosi infausta precisa che non si hanno sufficienti informazioni per prevedere esattamente cosa succederà alla singola persona e che si farà comunque tutto il necessario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dopo la comunicazione della diagnosi e della prognosi, si accerta delle reazioni del paziente e del grado di comprensione di ciò che gli è stato comunicato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SÌ: _____ b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

* Vedi schema a pagina seguente

* Comunicazione di cattive notizie secondo il modello SPIKES

SPIKES è un acronimo formato dalle lettere dei sei passi fondamentali costitutivi dell'intervento che iniziano dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative della persona fino alla comunicazione della verità rispettando il ritmo e la volontà del malato (Baile *et al.*, 2000).

STEP	Obiettivi
1. SETTING UP Preparare il contesto	Prepararsi per il colloquio e disporsi per l'ascolto Costruire la relazione Mettere il paziente a proprio agio Come procedere: Predisporsi all'incontro; Prevedere un tempo senza interruzioni; Chiedersi chi dovrebbe essere presente; Sedersi; Mantenere un contatto visivo; Assicurarsi che il paziente sia pronto
2. PERCEPTION Capire cosa il paziente sa già	Esplorare la conoscenza e l'idea che la persona ha dei suoi disturbi Valutare le discrepanze nell'informazione Comprendere le aspettative e le preoccupazioni del paziente Chiarire le finalità dell'incontro Chiarire chi desidera che sia presente all'incontro Come procedere: Domande aperte o chiuse; Correggere informazioni sbagliate e fraintendimenti; Affrontare aspettative irrealistiche; Definire il proprio ruolo
3. INVITATION Invitare il paziente ad esprimersi sul desiderio di essere informato	Valutare quante informazioni desidera ricevere il paziente e quando comunicarle Riconoscere che il bisogno di informazioni da parte del paziente può cambiare nel tempo
4. KNOWLEDGE Condividere le informazioni	Informare in modo graduale Preparare il paziente a ricevere la cattiva notizia Personalizzare le informazioni, evitare l'utilizzo di termini gergali Valutare l'effetto di ciò che si sta comunicando Verificare che il paziente abbia compreso Valutare la gradualità delle informazioni da dare (non sempre è necessario dire tutto e subito) Affrontare una questione per volta (ad es. chiarire le implicazioni della diagnosi prima di affrontare gli effetti del trattamento) Incoraggiare e rispondere a tutte le domande su dubbi o paure
5. EMOTIONS Dare spazio alle emozioni	Facilitare l'espressione delle emozioni Convalidare le reazioni emotive del paziente Riconoscere le proprie reazioni emotive Aiutare il paziente a ripristinare il controllo della situazione Come procedere: Aspettarsi reazioni emotive e essere pronti ad accoglierle Rispondere in modo empatico alle reazioni emotive, aprendo una dimensione di ascolto e di accettazione, cercando di comprendere il suo punto di vista, i suoi vissuti e valori Evitare risposte inopportune e false rassicurazioni piuttosto chiarire le ragioni delle sue emozioni e le modalità per affrontare le paure e le preoccupazioni
6. STRATEGY AND SUMMARY Pianificare e riassumere	Assicurarsi che esista un piano chiaro e condiviso per il futuro Come procedere: Verificare cosa ha compreso; Offrire opzioni di trattamento e informare sulle terapie; Comprendere eventuali ostacoli e preoccupazioni; Esplicitare il proprio ruolo e rendersi disponibile per eventuali chiarimenti; dare materiale informativo

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, *et al.* SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

PARTE SECONDA
Comunicazione in situazioni particolari

2.1 Comunicazione con pazienti minori e adolescenti

SCOPO: Si comunica con l'adolescente/minore tenendo conto del suo livello cognitivo ed emotivo.*		
Criteri	Sì	No
1. La valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia viene effettuata da un infermiere pediatrico specificamente formato (ove applicabile).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'operatore procede ad assegnare il codice di priorità alla visita medica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dedicare particolare attenzione alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico utilizzando scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prevede la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso (questa operazione risulta necessaria in quanto il bambino non sempre è in grado di manifestare il mutamento della propria condizione).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Presta attenzione al non verbale, al silenzio e ai possibili sintomi psicosomatici che presenta l'adolescente/minore (manifestazioni emotive tipiche dell'età).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Crea un <i>setting</i> accogliente e assicura il ricovero del paziente adolescente/minore in reparti diversi da quelli destinati agli adulti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____ b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

* Si considerano i diritti del minore come previsto dalla Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in ospedale e della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e della Carta EACH (European Association for Children in Hospital) del 1988.
 Con la legge 219/2012 e il DL.vo 154/2013, si sostituisce il termine "potestà" con quello di "responsabilità" genitoriale, ridisegnando la struttura dei rapporti intra familiari.
 A livello costituzionale, l'art. 3, al comma secondo, afferma che "ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale e spirituale della società" e siccome anche il minore è cittadino, anche a lui va riconosciuto il diritto di effettuare scelte libere. Il DL.vo 28 dicembre 2013, n. 154 pubblicato in Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 2014, n. 5, reca la "modifica della normativa vigente al fine di eliminare ogni residua discriminazione rimasta nel nostro ordinamento fra i figli nati nel e fuori dal matrimonio, così garantendo la completa eguaglianza giuridica degli stessi".
 Anche le scienze sociali hanno abbandonato da tempo il concetto del minorenne come tabula rasa, passivo ricettore di processi educativi esterni, riconoscendogli invece il ruolo di attore sociale, ed in ambito più strettamente giuridico si sostiene l'autodeterminazione del minorenne, in un processo di individuazione e soggettivazione nel contesto della famiglia e della società.

2.2 Comunicazione con minori che hanno subito e/o assistito* a violenza/maltrattamento

SCOPO: Al minore che ha subito e/o assistito a violenza/maltrattamento, viene fornita accoglienza e immediato supporto per il trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche causate dalla violenza.		
Criteri	Sì	No
1. L'operatore esegue il triage in uno spazio idoneo (stanza riservata) di ascolto e supporto favorendo un clima di fiducia e protezione con una comunicazione empatica per favorire l'espressione delle emozioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Esegue il triage in uno spazio idoneo (stanza riservata) alla presenza di un accompagnatore di fiducia**.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pone attenzione ai possibili indicatori di violenza (fisici, comportamentali - psicologici affermazioni spontanee rese).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Esegue una prima valutazione dello stato di salute per assegnare il codice di priorità, tenuto conto della minore età del bambino e delle conseguenze della violenza assistita e/o subita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vengono annotate sulla scheda di triage dichiarazioni spontanee se rese dal minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In caso di abuso sessuale, il medico "specialista" (es. ginecologo) effettua la visita medica al fine di valutare correttamente le lesioni e di evitare la ripetizione delle indagini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il medico amplia il più possibile la raccolta anamnestica sul piano individuale e relazionale, anche ricorrendo alle informazioni pregresse e alla rete dei servizi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante il percorso valutativo viene in ogni momento salvaguardata la protezione fisica e psicologica del minore garantendo, se necessario, la separazione degli accompagnatori dal minore e percorsi paralleli di intervento per lui e per i suoi accompagnatori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il medico "specialista" che effettua la visita medica del minore, previo suo consenso, descrive dettagliatamente le eventuali lesioni. acquisisce documentazione fotografica, raccoglie il materiale biologico e compila il verbale di dimissione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA</p> <p>Numero complessivo dei NO: _____</p> <p>Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

* Con riferimento alla violenza assistita si fa riferimento all'art. 572 c.p. secondo cui il minorenne che assiste ai maltrattamenti è sempre persona offesa dal reato.

** Nel caso l'accompagnatore sia il possibile maltrattante o colluso con il maltrattante/abusante verrà contattato il magistrato della Procura della Repubblica, il minore dovrà essere visitato da solo e anche l'accompagnatore sarà oggetto di osservazione.

2.3 Comunicazione con donne che hanno subito violenza

SCOPO: Viene fornita alla donna che ha subito violenza e agli eventuali figli coinvolti, un immediato supporto di carattere multidisciplinare nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche causate dalla violenza.		
Criteri	Sì	No
1. L'operatore addetto al triage e opportunamente formato-si accerta attraverso il colloquio della richiesta di aiuto esplicita e/o implicita da parte della donna e procede al riconoscimento del tipo di violenza avvalendosi anche di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi ai Pronto Soccorso del territorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In caso la donna giunga al PS con eventuali accompagnatori ad eccezione delle/dei figlie/i minori, si accerta che vengano allontanati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nel caso in cui la donna sia accompagnata da figli minori, deve accertarsi che non ci siano eventuali minacce per la loro incolumità informando la donna dei propri obblighi di legge e delle conseguenze per lei e per i propri figli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nel caso si tratti di donne straniere, ove necessario, si accerta della presenza di mediatori linguistici culturali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Per le donne affette da disabilità, ove necessario, deve assicurare la presenza di specifiche figure di supporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In caso di evidenza o sospetto di violenza sessuale, previo consenso della donna, deve avere cura nel visitare il corpo della donna ponendo molta attenzione alle sue reazioni emotivo-psicologiche ed evitare ogni forma di giudizio e/o interpretazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Deve informare nel dettaglio delle varie fasi del percorso (visita medica, iter diagnostico-terapeutico) e acquisire il consenso libero e informato per ogni sua fase rispettando la volontà della stessa di raccontare o meno l'accaduto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Assicura alla donna un supporto psicologico (es.: <i>"Signora, uscire dalla relazione violenta è possibile in quanto ci sono luoghi e persone specializzate sull'argomento che possono aiutarla"</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Per facilitare il racconto da parte della donna utilizza un linguaggio semplice, comprensibile, empatico (es. <i>"Signora, è disposta a raccontare come si è procurata questa ferita? Era presente qualcuno quando si è ferita? Da quanto tempo ha questi problemi?"</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. L'operatore informa la donna della possibilità di fare un progetto di protezione condiviso indirizzandola ai Centri antiviolenza presenti nel territorio e nei servizi pubblici dedicati (<i>"Le fornisco alcuni numeri che le possono essere utili nel caso in cui si senta pronta ad aprirsi e raccontare cosa le accade. Ci sono delle persone pronte ad ascoltarla"</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durante il colloquio instaura un clima di fiducia: <ul style="list-style-type: none"> - rivolge domande aperte (es. <i>"Signora come sta? Come si sente in questo momento? Mi sembra di capire dalle sue parole e di vedere nel suo volto che lei sta soffrendo... "Capisco che per lei in questo momento è difficile trovare le parole per raccontare, come posso aiutarla", "Desidera parlare con qualcuno/a"?</i>); - pone attenzione a elementi incoerenti nella narrazione di quanto accaduto (es. <i>"Mi sta dicendo che è caduta dalla scala, ma dal suo tono di voce..., dalla sua espressione..., dal suo sguardo..., a me sembra di cogliere anche uno stato di paura, è così? Mi vuole raccontare se qualcuno le ha procurato quei segni?"</i>); - utilizza un linguaggio non giudicante (es. <i>"La violenza domestica è un crimine, lei non ha fatto nulla per meritarsela, non è colpa sua se viene picchiata", invece di: "Perché l'ha picchiata? Cosa ha fatto lei per farlo arrabbiare?"</i>); 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> - non “banalizza” /minimizza quanto accaduto alla donna (es. non usa espressioni come: “<i>Sicuramente non voleva farle così male...; In tutte le famiglie capita di litigare</i>”; “<i>Torni a casa ... vedrà che si aggiusta tutto</i>”); - né scagiona l’autore della violenza (es. non usa queste parole: “<i>Gli uomini a volte sono presi da un raptus eccessivo</i>”); - non raccomanda una terapia o una mediazione familiare (es. non usa queste parole “<i>Le consiglio una terapia familiare...vedrà che si risolve tutto</i>”); - né insiste affinché la donna interrompa la relazione. 		
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l’operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

2.4 Comunicazione con il paziente psichiatrico in caso di agitazione psicomotoria

SCOPO: Si comunica con il paziente psichiatrico come con qualsiasi altro paziente che afferisce in un DEA. Il rispetto di ciò costituisce la base per una corretta comunicazione e della gestione di un eventuale ricovero in Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).		
Criteri	Sì	No
1. Il medico del DEA esegue esame clinico e richiede consulenza psichiatrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il paziente che giunge al DEA, anche con proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), viene sempre valutato congiuntamente dallo psichiatra di guardia e dal medico di pronto soccorso (a meno che non giunga con una diagnosi psichiatrica già confermata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lo psichiatra si presenta al paziente con nome, cognome e qualifica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comunica con un linguaggio semplice, chiaro e diretto, dando del 'Lei'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Raccoglie notizie da familiari che hanno accompagnato il paziente in ospedale comprese le informazioni su eventuali precedenti trattamenti psichiatrici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le Forze dell'ordine che accompagnano il paziente collaborano ad attuare le forme di gestione e sorveglianza del paziente agitato. Verificano la presenza di oggetti potenzialmente lesivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Valuta l'eventuale necessaria stabilizzazione fisica con sedazione farmacologica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SÌ: _____		
b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

2.5 Comunicazione con pazienti stranieri

SCOPO: Si comunica con il paziente straniero tenendo conto del suo livello di conoscenza della lingua, del suo stato cognitivo ed emotivo, della sua cultura e valori.		
Criteri	Sì	No
1. L'operatore si avvale del supporto di un Mediatore linguistico-culturale qualificato presente anche nell'Albo mediatori e/o all'interno della struttura per comunicare con pazienti stranieri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utilizza supporti tecnologici di traduzione (multilinguismo) qualora la struttura non sia fornita di mediatore linguistico - culturale qualificato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evita di utilizzare come mediatori parenti e/o amici del paziente perché in genere non sono in grado di assumere un atteggiamento neutrale sbilanciando la mediazione. Qualora debba essere costretto ad avvalersi dell'aiuto del parente/amico deve: <ul style="list-style-type: none"> - parlare lentamente ed adottare un linguaggio estremamente semplificato evitando di utilizzare termini tecnici troppo complicati da tradurre; - dimostrare attenzione al linguaggio non verbale (es. il tono di voce e l'espressione del viso dovrebbero accompagnare il significato della comunicazione); - verificare che sia stato compreso sia dal parente-mediatore che dal paziente, quello che sta comunicando. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiene conto del diverso significato che le espressioni non verbali e la gestualità possono assumere nelle diverse culture.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'operatore si avvale di schede di accoglienza e raccolta dati multilingue che la struttura deve fornire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei SÌ: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>		

2.6 Comunicazione nel fine vita

SCOPO: Il paziente in fine vita si sente rispettato, assistito e rassicurato secondo i suoi principi e valori, sulle azioni per ridurre il dolore e gli altri sintomi di distress dovuti ad ansie, conflitti emotivi, disturbi fisici.		
Criteri	Sì	No
1. Esplora le emozioni del paziente cercando di dare insieme al paziente un nome alle stesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Valuta se il paziente sia in grado di comprendere le informazioni essenziali sulla diagnosi e il trattamento e le sue possibili conseguenze in relazione alla sua cultura e ai suoi valori di riferimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esplora i bisogni del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si accerta che il paziente abbia formulato le DAT e che siano state registrate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se il paziente non è in grado di esprimere o produrre alcuna DAT, si informa con i familiari dell'esistenza di DAT o della nomina di un Fiduciario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si accerta che le cure palliative siano state già messe in atto prima del ricovero in DEA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pianifica il percorso di cura con il paziente ed eventualmente, se il paziente acconsente, valuta anche con i familiari le sue scelte di fine vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Convoca gli specialisti del caso per valutare l'eventuale percorso di cure palliative nel caso il paziente sia cosciente dando comunicazione al medico curante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se richiesto dal paziente o dai familiari, convoca lo psicologo per una condivisione delle scelte in questa fase di malattia o di decorso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se il piano terapeutico prevede la sospensione delle cure, convoca l'équipe curante, lo psicologo, ed altri specialisti preposti a verificare il rispetto delle volontà del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si accerta che siano state attuate tutte le strategie terapeutiche possibili per il controllo del dolore, agitazione, sconforto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Attraverso il colloquio con il paziente e/o familiari, verifica e accoglie gli orientamenti etico/spirituali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____		
b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

2.7 Comunicazione del decesso

SCOPO: I familiari vengono emotivamente sostenuti e viene assicurato un contesto relazionale che faciliti i chiarimenti e il confronto sugli aspetti clinici, terapeutici ed assistenziali che hanno accompagnato il decesso.*		
Criteri	Sì	No
1. La comunicazione del decesso avviene di persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'operatore informa i familiari, dopo aver identificato gli aventi diritto alle informazioni, delle sopraggiunte e aggravate condizioni del paziente, mostra comprensione, ascolta e considera le paure, il loro sentimento di impotenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se le condizioni lo permettono, consente ai familiari di vedere il congiunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nel dare l'informazione sul decesso, il medico e l'équipe si siedono o si pongono di fronte ai familiari, usano parole semplici, dirette e comprensibili, un tono pacato, inserendo qualche momento di pausa tra una comunicazione e l'altra, senza sovrapporsi all'interlocutore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'operatore evita di usare metafore o messaggi ambigui che rendono più difficile l'acquisizione della notizia (es. introduce la parola 'morte' o 'morto' il più presto possibile).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Presta ascolto con un silenzio partecipe alle manifestazioni e alle eventuali parole del familiare riconoscendone le emozioni che stanno provando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. È consapevole dell'ampia gamma di reazioni che vanno dal silenzio, alla negazione: "No, non è vero, non può essere vero", all'esplosione emotiva espressa in pianto o grida rabbiose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa espressioni rispettose della sofferenza e considera la cultura di appartenenza dei familiari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se i familiari non erano presenti al momento dell'arrivo in DEA, spiega in modo chiaro e semplice cosa è avvenuto: le condizioni dell'arrivo, la situazione iniziale e il percorso diagnostico - terapeutico messo in atto. Rassicura sul fatto che il paziente non è stato mai lasciato solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fornisce informazioni utili sull'ubicazione della salma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____ b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		

* Queste indicazioni devono essere applicate anche nel caso le circostanze prevedano un distanziamento che non permette ai congiunti di assistere il proprio caro nelle fasi finali di vita e non è concesso loro di poterlo vedere subito dopo il decesso.

2.8 Comunicazione in caso di PEIMAF (Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti)

SCOPO: Garantire la corretta comunicazione in caso di PEIMAF.		
Criteri	Sì	No
1. L'organizzazione predispone ed attiva un team di informazione e sostegno, dedicato alla gestione delle comunicazioni con i congiunti dei pazienti presi in carico e delle potenziali vittime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'organizzazione garantisce che le comunicazioni con i congiunti dei pazienti presi in carico e delle potenziali vittime siano dirottate al team, limitando al minimo le comunicazioni in entrata verso il DEA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La struttura è in grado di garantire l'accoglienza e le informazioni ai parenti/familiari/aventi diritto delle vittime che devono recarsi presso l'ospedale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. È garantito il superamento delle barriere linguistiche (servizio interpretariato) anche ai fini della raccolta dei dati e della compilazione dei documenti per il rilascio di certificazioni (procedure differenti al fine di ottenere l'autorizzazione alle esequie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. In caso di decesso fare riferimento a quanto già indicato al punto 2.8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gli operatori del punto di accoglienza comunicano ai parenti/congiunti solo ed esclusivamente l'eventuale presenza di vittime, formalmente segnalate e non sono rilasciate ulteriori informazioni telefoniche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. È garantito il diritto alla privacy dei pazienti, che in caso di maxi-emergenza non possono assicurare il loro assenso. Le ulteriori informazioni possono essere rilasciate "di persona" solo ed esclusivamente ad un parente in linea diretta ascendente e/o discendente di 1° grado: coniuge, figlio, genitore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L'organizzazione predispone la presenza di uno psicologo al fine di fornire il corretto supporto ai familiari delle vittime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le comunicazioni gravi (anche in caso sia necessario provvedere al riconoscimento della vittima) che richiedano maggiore privacy ed un'azione di contenimento emotivo del parente della vittima, sono trasmesse dall'operatore previsto, affiancato da uno psicologo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. È garantito un supporto psicologico per il personale coinvolto nel PEIMAF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. In tempistiche concordate dall'organizzazione si effettuano degli incontri al fine di relazionare l'attività svolta fino a quel momento, eventuali criticità emerse e /o comunicare nuove disposizioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. L'organizzazione è in grado di garantire e mantenere tutte le attività e la comunicazione anche in caso di crash informatico - interruzione della corrente elettrica o problemi agli impianti di telefonia fissa o mobile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'organizzazione è in grado di fornire assistenza e gestire la comunicazione in ambito extra ospedaliero (assistenza feriti sul territorio ed altre figure professionali extra ospedaliere Protezione Civile, VVFF, Prefettura, Comune, Regione).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. L'organizzazione fornisce tutte le informazioni agli organi di stampa e ai mass media attraverso l'addetto stampa incaricato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A cessata emergenza l'organizzazione si riunisce per congedare le figure coinvolte durante il PEIMAF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Il personale ha ricevuto adeguata formazione per garantire la comunicazione efficace in caso di PEIMAF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>a) PUNTEGGIO DI AUTOVALUTAZIONE COMPLESSIVA Numero complessivo dei NO: _____ Numero complessivo dei Sì: _____</p> <p>b) Indicare gli <i>item</i> (max 3) sui cui l'operatore ritiene prioritario intervenire ai fini del miglioramento specificando il n. dei criteri:</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>	
---	--

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007 Dec 4;3:30.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer IE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Brit J Psych* 2008;193:44-50.
- Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Docherty JP, Carpenter D, Ross R. Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2003 Jan;9(1):16-38.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Ariès P. *Storia della morte in Occidente*. Segrate: Rizzoli; 1998.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia – Fondazione Terre des Hommes Italia. *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive*. Roma: AGIA-CISMAI-Fondazione Terre des Hommes Italia; 2021.
- Barbagli M. *Alla fine della vita*. Bologna: Il Mulino; 2018.
- Bergs J, Lambrechts F, Mulleneers I, Lenaerts K, Hauquier C, Proesmans G, Creemers S, Vandijck D. A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *Int Emerg Nurs* 2018 Jan;36:7-15
- Bernacki R, Hutchings M, Vick J, Smith G, Paladino J, Lipsitz S, Gawande AA, Block SD. Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ open* 2015 Oct 1;5(10).
- Blackburn J, Ousey K, Goodwin E. Information and communication in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2019 Jan;42:30-35.
- Borasio GD. *Saper morire. Cosa possiamo fare, come possiamo prepararci*. Torino: Bollati Boringhieri; 2015.
- Broom A, Cavenagh J. On the meanings and experiences of living and dying in an Australian hospice. *Health*. 2011 Jan;15(1):96-111.
- Carli R, Paniccia RM. Critical considerations on mental health treatment today, in Italy. *Rivista di Psicologia Clinica* 2012;1:134-146.
- Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Dec 1;36(6):559-71.
- Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia (CISMAI). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita*. Torino: Fohen; 2017.
- De Hennezel M. *La morte amica. Lezioni di vita da chi sta per morire*. Segrate: Rizzoli; 1998.
- Dei Gentili CS. Linee propositive per un diritto della relazione di cura e delle decisioni di fine vita. *Recenti Progressi in Medicina* 2015 Nov 1;106(11):548-50.
- Donatelli P. *La vita umana in prima persona*. Roma: Gius. Laterza & Figli Spa; 2012.
- Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nursing* 2005;50:469-78.

- El-Shafy IA, Delgado J, Akerman M, Bullaro F, Christopherson NAM, Prince JM. Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. *J Surg Educ* 2018 Jan-Feb;75(1):58-64.
- Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? *Arch Intern Med.* 2004 Oct 11;164(18):1999-2004.
- Europa. Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea. *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* C 364/1, 18 dicembre 2000.
- Europa. *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina (Trattato n. 164)*. Strasburgo: Consiglio d'Europa; 1997.
- Europa. Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* L 119 del 4 maggio 2016.
- Europe. *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*. Strasbourg: Council of Europe; 2014.
- European Union Agency for Fundamental Rights. *Violence against women: an EU-wide survey - Survey methodology, sample and fieldwork. Technical report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Codice di Deontologia Medica*. Roma: FNOMCeO; 2014.
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. *Codice Deontologico della Professione Infermieristiche*. Roma: FNOPI 2019.
- Gawande A. *Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo*. Torino: Einaudi; 2016.
- Gentil L, Huynh C, Grenier G, Fleury MJ. Predictors of emergency department visits for suicidal ideation and suicide attempt. *Psychiatry Res* 2020 Jan 21;285:112805.
- Gordon D, Peruselli C. *Narrazione e fine della vita. Nuove possibilità per valutare la qualità della vita e della morte*. Roma: Franco Angeli; 2001.
- Gregory R, Nihalani N, Rodriguez E. Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis. *Gen Hosp Psychiatry* Sep-Oct 2004;26(5):405-10.
- Held V. *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press on Demand; 2006.
- Istituto Nazionale di Statistica. *I centri antiviolenza*, anno 2017. Roma: ISTAT; 2017.
- Istituto Nazionale di Statistica. *I centri antiviolenza*, anno 2018. Roma: ISTAT; 2018.
- Istituto Nazionale di Statistica. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*. Roma: ISTAT; 2015.
- Italia Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.205 del 04-09-2018).
- Italia. Articolo 32 della La Costituzione - Parte I -Diritti e doveri dei cittadini. Titolo II. Rapporti etico-sociali.
- Italia. Codice Civile - Art. 433 "Persone obbligate". Regio Decreto n. 262 del 16 marzo 1942.

- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017. Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 24 del 30 gennaio 2018.
- Italia. Decreto Legislativo 28 dicembre 2013 n. 154. Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012, n. 219. *Gazzetta Ufficiale* n. 5 dell'8 gennaio 2014.
- Italia. Legge 10 dicembre 2012, n. 219. Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 293 del 17 dicembre 2012.
- Italia. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. *Gazzetta Ufficiale- Serie Generale* n. 12 del 16 gennaio 2018.
- Italia. Legge 28 marzo 2001, n. 145 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani. *Gazzetta Ufficiale- Serie Generale* n.95 del 24 aprile 2001.
- Italia. Legge 9 gennaio 2004, n. 6 Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali. *Gazzetta Ufficiale- Serie Generale* n.14, 19 gennaio 2004.
- Jabbour M, Newton AS, Johnson D, Curran JA. Defining barriers and enablers for clinical pathway implementation in complex clinical settings. *Implement Sci* 2018 Nov 12;13(1):139.
- Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Ann Emerg Med* 2015 Jun;65(6):690-8.
- Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010 Jul;18(3):127-37.
- Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatry* 2000;61(suppl 14): 5-10.
- Longo E, De Castro P, De Santi A, Scaravelli G. Violenza di genere: riconoscere per prevenire, contrastare e assistere le donne che hanno subito violenza. *Not Ist Super Sanità* 2020;33(6):37-39.
- Maniya OZ, et al. Managing emergency department risk through communication and documentation. *Emerg Med Clin North Am.* 2020.
- Ministero della Salute. *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollamento in pronto soccorso.* Roma: Ministero della Salute; 2019.
- Ministero della Salute. *Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva – OBI.* Roma: Ministero della Salute; 2019.
- Ministero della Salute. Decreto del 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.127 del 04-06-2015.
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;2013(3):CD003751.
- Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B. Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist* 2002 Oct;46(2):235-51.
- Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13:3-10.

- Norton SA, Talerico KA. Facilitating end-of-life decision-making: strategies for communicating and assessing. *J Gerontol Nurs* 2000;26(9): 6-13.
- Olde Bekkink M, *et al.* Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *Int J Med Educ* 2018.
- Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T, IChilMa (Italian Child Maltreatment study group). Observational study of suspected maltreatment in Italian pediatric emergency departments. *ArchDis Child* 2005;90(4):406-10.
- Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).
- Regione Lazio. Approvazione del documento "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR). *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio* n. 92 - Supplemento n. 2, 14/11/2019
- Regione Lazio. *Decreto del Commissario ad Acta 30 ottobre 2019, n. U00453. Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*. Roma: Regione Lazio; 2019.
- Regione Liguria. *Delibera Regionale n. 1502 del 29/11/2013. Approvazione delle Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale a danno dei minori*. Genova: Regione Liguria, Giunta Regionale; 2013.
- Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G Jr, Zeller S, Wilson M, Rifai MA. Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup *West J Emerg Med* 2012 Feb;13(1):17-25.
- Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, Wong AH, Wilson MP. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation) *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2020 Jul 3;1(5):898-907. eCollection 2020 Oct.
- Smith CJ, Buzalko RJ, Anderson N, Michalski J, Warchol J, Ducey S, Branekci CE. Evaluation of a novel handoff communication strategy for patients admitted from the Emergency Department. *West J Emerg Med* 2018 Mar;19(2):372-9.
- Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva - Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica - Società Italiana di Cure Palliative - Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza. *COMUNICoViD - Position Paper. Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento*. SIAARTI - Aniarti - SICP - SIMEU; 2020.
- Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territori - Società Italiana della Medicina di Emergenza-Urgenza. *Approccio al paziente anziano in ospedale - position paper*. Torino: SIGOT-SIMEU; 2019.
- Società Italiana Medicina Emergenza Urgenza - Società Italiana Medicina Legale e delle Assicurazioni - Gruppo Interdisciplinare Bioetica Clinica e Consulenza Etica. *Documento di consenso su Consenso Informato e DAT in emergenza-urgenza*. Torino: SIMEU; 2021.
- Sonis JD, Kennedy M, Aaronson EL, Baugh JJ, Raja AS, Yun BJ, White BA. Humanism in the Age of COVID-19: renewing focus on communication and compassion. *West J Emerg Med*. 2020 Apr 24;21(3):499-502.
- Spinsanti S. *Morire in braccio alle Grazie*. Il Pensiero Scientifico editore: Roma, 2017.
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003 Aug 13;290(6):790-7.
- Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, Mor V. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004 Jan 7;291(1):88-93.

- Testoni I. *L'ultima nascita: Psicologia del morire e «Death Education»*. Torino: BollatiBoringhieri; 2015.
- The AM, Hak T, Koëter G, van der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *Western Journal of Medicine* 2001 Apr;174(4):247.
- Turner SB, Stanton MP. Psychiatric case management in the emergency department. *Prof Case Manag* 2015;20:217-27; quiz 228-9.
- Tuoldo F. *Etica Di Fine Vita*. Torino: Città nuova; 2010.
- World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence*. Geneva: WHO; 2013.
- World Health Organization. *Global Status Report on preventing violence against children 2020*. Geneva: WHO; 2020.
- World Health Organization. *The global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. Geneva: WHO; 2016.
- World Health Organization. *World Report on violence and health*, Geneva: WHO; 2002.
- Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Medicine* 2005 Jun;31(6):823-31.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di luglio 2022, 5° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, luglio 2022