

RACCOMANDAZIONI PER LA COMUNICAZIONE CLINICA NEL PERIODO DI PANDEMIA COVID-19

Sara MASCARIN, Fabrizia SALVAGO e Sally CALVA

Premessa

Lo stato di emergenza connesso all'infezione da Coronavirus, oltre ad avere messo a dura prova il nostro Sistema Sanitario Nazionale, ha prodotto una sofferenza psicologica enorme. Tutti abbiamo paura ed è normale perché questa rappresenta una risposta di difesa funzionale ma, quando l'esperienza supera la capacità degli individui di integrare la propria capacità di gestione delle emozioni, bisogna investire risorse per fornire supporto. Questo oggi è un compito delicato affidato alle persone che si occupano dei pazienti ricoverati; agli stessi operatori sanitari che si isolano dalle proprie famiglie, mentre cercano di gestire l'isolamento, dai propri congiunti, delle persone che assistono.

In condizioni "normali" il sapere tecnico viene considerato preponderante nell'identità professionale di medici ed infermieri. In questa fase di emergenza pandemica, in cui l'isolamento è necessario, la dimensione relazionale ed umana diventa paradossalmente molto più rilevante. Salute, malattia, guarigione, cronicità, morte...da spiegare ogni giorno ai pazienti e a persone, i parenti, che non vediamo e di cui non sappiamo nulla. Un impatto emotivo non ben valutabile da chi comunica, con ripercussioni importanti anche sul sanitario.

A) LA CONFIDENZIALITÀ E GLI ASPETTI GIURIDICI DELLA COMUNICAZIONE (da concordare con un giurista)

B) COMPETENZE COMUNICATIVE ORGANIZZATE IN UNITÀ OPERATIVA

Le competenze comunicative dei singoli professionisti e le procedure ordinarie della comunicazione in reparto sono inevitabilmente stravolte dal carico di lavoro e dalla gestione del tempo, che risulta imprevedibile. È importante che le comunicazioni con i familiari seguano orari e modalità univoche e condivise. I professionisti sanitari devono garantire un tempo di informazioni ai familiari che, per natura del contesto di emergenza, è fortemente inibito nella sua parte non verbale e di relazione d'aiuto. La distanza imposta dalle norme di sicurezza e i DPI sono oggettivi inibitori di relazione.

In questo stato di emergenza si deve privilegiare il livello informativo del colloquio e la comprensione dei messaggi che garantiscono la cura e la presa in carico del paziente.

La verifica della comprensione del messaggio-chiave assume un valore rassicurante sia per i famigliari sia per i curanti.

I colloqui a distanza devono avere tracciabilità scritta o digitale, per una condivisione interna e un eventuale uso successivo.

C) ASPETTI PSICOLOGICI E SUPPORTI DISPONIBILI

Le fasi di aggravamento o di morte possono essere sostenute da eventuale supporto psicologico disponibile in Azienda. La richiesta di supporto al servizio di psicologia medica dell'Ospedale riflette i bisogni percepiti dal personale e deve essere compatibile con l'organico disponibile.

Dai dati della letteratura e da evidenze scientifiche note e internazionalmente consolidate, la vista del proprio caro estinto è elemento chiave per un naturale processo di elaborazione del lutto.

La restituzione della salma e dei suoi effetti personali sono parte importante ma, in uno stato di emergenza da pandemia, non possono essere organizzati per motivi sanitari. Il garantire informazioni legate all'evento morte ed alla conseguente procedura prevista in ogni specifico ospedale sostituisce le fasi di sostegno offerte in situazione ordinaria. Le informazioni legate a "dove andrà la salma" e le tempistiche previste per la "restituzione a distanza", gestite con linguaggio semplice, possono prevenire comportamenti inadeguati e trasgressivi che nascono da disagio psicologico e da azioni di rivalsa.

D) COMUNICAZIONI INTERNE AL REPARTO

La straordinaria condizione di emergenza attuale porta i professionisti a operare in condizioni di stress da surmenage. L'incertezza operativa, la difficoltà di movimenti data dai DPI, la collaborazione con colleghi nuovi, il bombardamento mediatico di cattive notizie, il senso di impotenza, la paura del contagio, la distanza e il timore per i propri familiari aggravano i già scarsi spazi di decompressione emotiva. La chiarezza di indicazioni in una catena di comando solida e in rete sono comprovati elementi di sostegno ai professionisti. Le forme di comunicazione interna che quantificano i successi terapeutici, i trasferimenti in reparti a minore intensità di cura, le dimissioni e le informazioni relative alle buone notizie, sono forti motivatori per tutto il personale e facilitatori di un clima positivo. I successi terapeutici devono avere una dimensione circolare per l'intera équipe ed è opportuno che coinvolgano quanti più collaboratori possibile.

RACCOMANDAZIONI

1. E' necessario comunicare le notizie cliniche, in modo organizzato e tracciabile, almeno una volta al giorno
2. Concordare con la Direzione Medica la forma organizzativa della comunicazione (telefonata, mail, videomessaggio, videochiamata)
3. La comunicazione di notizie cliniche deve essere condotta da un medico curante, che conosce direttamente il paziente. Quando è possibile coinvolgere nei colloqui il personale infermieristico a diretto contatto con il paziente.
I reparti che si avvalgono di supporto psicologico gestito da professionisti, applicheranno procedura dedicata.
4. La comunicazione sanitaria deve essere inequivocabile, veritiera, argomentata, pur nel rispetto dell'interlocutore (famigliari anziani, con scarsa competenza linguistica, con fragilità psichiatrica nota).
5. Il colloquio va preparato opportunamente: sapere il nome del paziente, l'anamnesi, le condizioni cliniche attuali.
6. Non potendo disporre, per motivi logistici, di spazi adeguati alla comunicazione, organizzarsi al meglio, privilegiando la qualità della relazione anche se telefonica.
7. Presentarsi dicendo chiaramente il proprio nome e cognome ed il ruolo professionale. Parlare con tono tranquillo ed assicurarsi di quanto l'interlocutore sia già a conoscenza delle condizioni cliniche del paziente.
8. Rispettare i turni di parola, consentendo anche silenzi da parte dell'interlocutore.

9. Terminare i colloqui garantendo che in caso di eventuali variazioni cliniche importanti i familiari verranno tempestivamente contattati dal personale sanitario.
10. In caso di decesso, si utilizzi la parola "morto" perché inequivocabile. Consentire poi un tempo di ascolto appropriato prima di fornire indicazioni organizzative che rispettino le procedure aziendali.
11. Visto lo stato di emergenza, dopo la chiamata si verifichi la possibilità di condividere emotivamente l'accaduto.
12. L'équipe stabilisca internamente l'opportunità di inviare o meno una lettera di commiato ai familiari. Questa pratica riflette lo stile comunicativo dell'Unità Operativa e non può essere standardizzata.