

S.S. Formazione del Personale

Coordinamento Locale Ospedaliero di Procurement (CLOP)

Responsabile Dott.ssa Federica De Min

PALESTRA COMUNICATIVA



2 edizioni: 2020

18 settembre

Gruppo A: 08.45-13.00

Gruppo B: 14.00-18.15

5 novembre 2020

Gruppo A: 14.00-18.15

Gruppo B: 08.45-13.00

Aula Leonardo

ASST Sette Laghi

Con il Patrocinio di:



**PROGRAMMA prima giornata 18 settembre
2020 Gruppo A: 08.45-13.00 Gruppo B:
14.00-18.15**

08.45 o 14.00 Registrazione partecipanti

09.00 o 14.15 Presentazione del corso, dei partecipanti e
del docente

09.20 o 14.35 (lezione teorica)

Le regole del non fare

10.10 o 15.25 (esercitazione)

Osservazione testimonianza video e discussione

10.40 o 15.55 (esercitazione)

L'accoglienza e la proposta

11.20 o 16.35 (esercitazione)

L'ascolto

11.50 o 17.05 (lavori di gruppo)

Le difficoltà del curante

12.10 o 17.25

Confronto in plenaria

12.30 o 17.45 (lezione teorica)

Analisi della lettura

13.00 o 18.15

Conclusioni

13.00 o 18.15

Chiusura della prima parte

DAL CIRCOLO

Una videochiamata dalla Terapia Intensiva per combattere la solitudine

Luigi e Fabio hanno potuto salutare e rassicurare i familiari: ce la faremo!



Varese, 28 Marzo 2020 ore 10:56

Una videochiamata dalla Terapia Intensiva per combattere la solitudine. Luigi e Fabio, ricoverati dagli inizi di marzo, hanno potuto salutare e rassicurare i familiari.

Luigi e Fabio

Luigi (il nome è di fantasia) è un **infermiere dell'Ospedale di Cremona**. Ed è probabilmente mentre svolgeva il suo lavoro che il nuovo Coronavirus lo ha raggiunto, colpendolo duramente. Dagli inizi di Marzo è ricoverato nella **Terapia Intensiva Generale dell'Ospedale di Circolo di Varese**, dove è stato trasportato subito dopo essere stato **intubato**. Tre settimane di ventilazione artificiale, mantenuto sedato, in cui il suo organismo ha combattuto aspramente contro un nemico micidiale. E' stato anche necessario ricorrere alla tracheotomia per proseguire con il supporto respiratorio. A sostenerlo in questa guerra, il personale medico e infermieristico del reparto e, a distanza, la moglie, lei pure infermiera a Cremona.

Accanto a lui, un altro paziente, **Fabio** (sempre nome di fantasia), di **Crema**, anche lui ricoverato dall'inizio di marzo, anche lui intubato e tracheotomizzato.

La videochiamata

La guerra, Luigi e Fabio la stanno ancora combattendo, ma i medici ritengono che il peggio sia passato e che ne usciranno vincitori. La bella notizia è stata data **telefonicamente ai familiari** con cui viene mantenuto un contatto quotidiano, ma agli infermieri del reparto è sembrato troppo poco. Hanno così organizzato una **videochiamata** con uno dei loro cellulari, opportunamente cellofanato.

La videochiamata più bella del mondo

Sveva Luraschi lavora in rianimazione all'ospedale di Varese. Racconta la sua attività, le sue emozioni, le relazioni con i pazienti. Escono affreschi di profonda umanità



Oggi mi hai emozionata. Senza esitazione, hai deciso di prendere il tuo cellulare, impacchettato più volte dentro la plastica, e farne uno strumento di bene. L'hai fatto passare prontamente nelle mani attente di una collega, dentro la zona rossa, e così hai permesso ad una paziente di rivedere i suoi familiari dopo un mese.

Solo il tempo di una videochiamata. Un gesto semplice, forse banale, di certo non scontato. Hai dato speranza ad una famiglia, gioia ad una paziente, un motivo a noi per festeggiare a fine giornata e continuare a lavorare senza sosta. Hai regalato, a noi e a lei, un istante di autentico "contatto umano" in mezzo a questa crudele ma necessaria segregazione.

PUBBLICITÀ

Varese celebra la giornata della donazione di organi

E' Domenica 19 aprile. L'Ospedale di Circolo è uno dei soli tre ospedali in Regione dove ci sono le condizioni necessarie e sufficienti per operare



Il 19 aprile sarà celebrata la Giornata Nazionale per la Donazione di Organi e Tessuti.

Il Centro Nazionale Trapianti, per l'occasione, ha promosso l'iniziativa "Io faccio la mia parte. Tu puoi fare la tua", chiedendo ai Coordinamenti Ospedalieri del Procurement il contributo di partecipare attivamente a questa iniziativa, inviando foto dei professionisti coinvolti nel processo di Donazione.

PUBBLICITÀ

Le scarse abilità di comunicazione e quindi la cattiva comunicazione interdisciplinare tra professionalità diverse all'interno dei team ospedalieri comporta frustrazione, diminuita soddisfazione professionale e maggiori tassi di turnover

**Azoulay et al., 2009;
Karanikola et al., 2012;
McDonald, Rubarth & Miers, 2012**



L'abilità di comunicare può essere appresa o migliorata?

Training in communication skills can help physicians effectively address patient emotions. “There's a growing awareness that these skills can be modeled and evaluated,” Schapira notes. Indeed, all the communications experts consulted for this article stressed that communication skills can be learned and that additional training is needed.

[J Oncol Pract.](#) 2008 Sep; 4(5): 249–253.

doi: [10.1200/JOP.0856501](https://doi.org/10.1200/JOP.0856501)

Communication: What Do Patients Want and Need?

[Med Teach.](#) 2013 May;35(5):395-403. doi:
[10.3109/0142159X.2013.769677](https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.769677). Epub 2013 Feb 27.

Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation.

[Henry SG1, Holmboe ES, Frankel RM.](#)

Medical communication: a core medical competence

Katarzyna Jankowska¹, Tomasz Pasiński²

¹ Department of Pediatric Hematology and Oncology, Nicolaus Copernicus University, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland

² Department of Bioethics and Medical Humanities, Warsaw Medical University, Warsaw, Poland



An Intensive, Simulation-Based Communication Course for Pediatric Critical Care Medicine (PCCM) Fellows

Erin M. Johnson, MD¹, Melinda F. Hamilton, MD, MSc^{1,4}, R. Scott Watson, MD, MPH³, Rene Claxton, MD², Michael Barnett, MD⁵, Ann E. Thompson, MD¹, and Robert Arnold, MD²

¹The Children’s Hospital of Pittsburgh of UPMC, Department of Critical Care Medicine

²The University of Pittsburgh Medical Center

³Seattle Children’s Hospital, Department of Pediatrics, University of Washington, Center for Child Health, Behavior and Development, Seattle Children’s Research Institute

⁴Peter M. Winter Institute for Simulation, Education, and Research (WISER)

⁵University of Alabama at Birmingham

PC3 is an intensive 3-day program

Scenario challenges, progression, and learning objectives

Scenario	Challenge	Day 1		Day 2		Day 3	
		Progression	Learning Objectives	Progression	Learning Objectives	Progression	Learning Objectives
Infant immediately post out-of-hospital cardiac arrest, now with hypoxic ischemic brain injury	-Young parents with assertive grandmother -Family holds deep religious beliefs, waiting for a miracle	Infant admitted to PICU, sluggish pupils and occasional breaths are the only signs of neurologic function	-Assess family understanding of situation -Update family on infant condition -Attend to their emotions	Infant now with irregular respiratory efforts, sluggish pupils and now with multi system organ failure	-Assess family understanding of situation Discuss goals of therapy as infant condition has worsened	Patient does not meet brain death criteria, has occasional respirations but cannot sustain ventilation. Profound neurologic injury is certain	-Discuss forgoing support versus tracheostomy and home mechanical ventilation
Child with refractory oncologic disease and multiorgan failure in the PICU	-Family belief that the patient will recover, as she has many times before	Admitted to PICU with shock, progressive respiratory distress and requiring vasoactive medications	-Assess family understanding of situation -Update family on condition - Attend to family emotion	Patient intubated with ARDS and on increasing vasoactive medications, bone marrow biopsy shows relapse with no further curative therapy available	-Assess family understanding of situation -Discuss goals of therapy with worsening condition and return of leukemia	Continued patient deterioration, bronchoscopy shows fungal disease, and she now has bleeding from endotracheal tube	-Discuss goals of therapy -Discuss forgoing life sustaining treatments
Adolescent with a traumatic brain injury following an alcohol-induced motor vehicles accident	-Father is hostile toward care team -Parents recently divorced with antagonistic relationship	Adolescent admitted to PICU, intubated, ICP monitor placed with elevated intracranial pressures	-Give mom bad news of accident -Balance severity with degree of optimism -Attend to her emotions	Patient had ICP spikes and required increased therapies overnight, despite this, CT scan now shows herniation and progression to brain death expected	-Deliver bad news about deterioration and possible brain death	Patient unresponsive to all ICP therapies, exam and EEG consistent with brain death	-Tell family patient is brain dead -Address the certainty of this condition as compared to prior state

- Module 1: Fundamental Communication Skills
- Module 2: Giving Bad News
- Module 3: Determining Goals of Care for Patients Who are Not Doing Well
- Module 4: Talking about Resuscitation Preferences
- Module 5: Conducting a Family Conference
- Module 6: Discussing Forgoing Life-Sustaining Treatment and the Dying Process
- Module 7: Navigating Conflict with Families

**Educational Modules for the
Critical Care Communication (C3) Course -
A Communication Skills Training Program for Intensive Care Fellows**

Written by the C3 investigators
(Robert Arnold, Judith Nelson, Thomas Prendergast, Lillian Emlet,
Elizabeth Weinstein, Amber Barnato, and Anthony Back),
based on modules from Oncotalk (by Anthony Back, Robert Arnold,
Walter Baile, James Tulsky, and Kelly Fryer-Edwards)



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III

Comunicazione e performance professionale:
metodi e strumenti

I Modulo

Elementi teorici della comunicazione



Maggio 2015

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.



LE CURE DI FINE VITA E L'ANESTESISTA RIANIMATORE:
RACCOMANDAZIONI SIAARTI PER L'APPROCCIO ALLA
PERSONA MORENTE
UPDATE 2018

Parte I: Le basi teoriche

ESTENSORI

Paolo Malacarne, Pisa
Sergio Livigni, Torino
Marco Vergano, Torino
Giuseppe Gristina, Roma
Francesca Mengoli, Bologna
Sara Borgia, Orbassano (Torino)
Francesca Baroncelli, Torino
Luigi Ricconi, Roma
Nicola Latronico, Brescia

REVISORI

Giuseppe Naretto, Torino
Nereo Zamperetti, Vicenza
Luciano Orsi, Mantova
Danila Valenti, Bologna
Andrea Cossu, Sassari
Davide D'Antini, Foggia
Carlotta Fontaneto, Genova
Maurizio Fusari, Ravenna
Davide Piredda, Sassari
Amato De Monte, Udine

Introduzione	3
Quadro Generale di Riferimento	4
La Proporzionalità delle Cure Intensive	6
Comunicazione alla Fine della Vita e TI "Aperta"	9
Limitazione dei Trattamenti Intensivi	11
Donazione di Organi e Tessuti	14
Valutazione della Qualità dell'Assistenza del Fine Vita	15
Raccomandazioni Finali	16
Bibliografia	33



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

Art. 4.

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Il tempo della comunicazione è tempo di cura, come sancito dall'art. 1 della L. 219/17 e dall'art. 20 del Codice di Deontologia Medica.

Cardini di una buona comunicazione sono:

- 1. la descrizione corretta e comprensibile delle condizioni della persona ricoverata;**
- 2. la coerenza e la omogeneità tra i diversi membri del team curante nel contenuto delle informazioni fornite;**
- 3. la gradualità nel processo informativo, decodificando il bisogno di informazioni in ogni momento, allo scopo di evitare potenziali ripercussioni negative (arrendevolezza, disperazione, etc) sulla persona malata e i suoi familiari con conseguente incapacità di affrontare adeguatamente la situazione;**
- 4. la direzione biunivoca grazie alla quale il team curante dà informazioni ma nel contempo riceve informazioni dal paziente (direttamente o attraverso le *DAT*) o dai familiari (*“microfono e testimoni” della persona stessa*) rispetto ai suoi pensieri, alle sue aspettative, alla sua biografia e alle sue volontà ;**
- 5. la capacità di dimostrare partecipazione e al contempo di rendere possibile l'espressione della emotività da parte della persona malata e/o dei suoi familiari;**
- 6. la capacità di prevenire possibili conflitti con i familiari e tra i familiari verificando costantemente il grado di comprensione delle informazioni fornite;**
- 7. la disponibilità al colloquio e quindi l'allocazione del tempo e degli spazi necessari.**

Comunicazione alla Fine della Vita

CARATTERISTICHE DELLA COMUNICAZIONE

1. CONTENUTO

La comunicazione con la famiglia e/o la persona malata ha due finalità:

- informare sulle condizioni cliniche;
- discutere un piano diagnostico-terapeutico.

Nel caso di una comunicazione di fine vita devono essere toccati tutti gli aspetti fondamentali del processo che ha portato alla condizione attuale e che accompagnerà quella futura:

- prognosi infausta nonostante i provvedimenti adottati; inappropriatelyzza o futilità dei trattamenti in atto;
- limitazione o sospensione dei trattamenti (quali e secondo quali modalità);
- finalità delle terapie palliative;
- momento della morte;
- trattamento della salma.

2. PROCESSO

Ogni processo comunicativo deve essere adeguato, chiaro e costruito alla luce:

- degli obiettivi del colloquio;
- della specifica storia clinica della persona malata;
- delle individualità degli interlocutori;
- delle legittime perplessità, paure, obiezioni espresse dai familiari, che devono essere accolte con le conseguenti ulteriori empatiche spiegazioni;
- della necessità di dover, talora, rispondere più volte a domande alle quali è già stata data risposta.

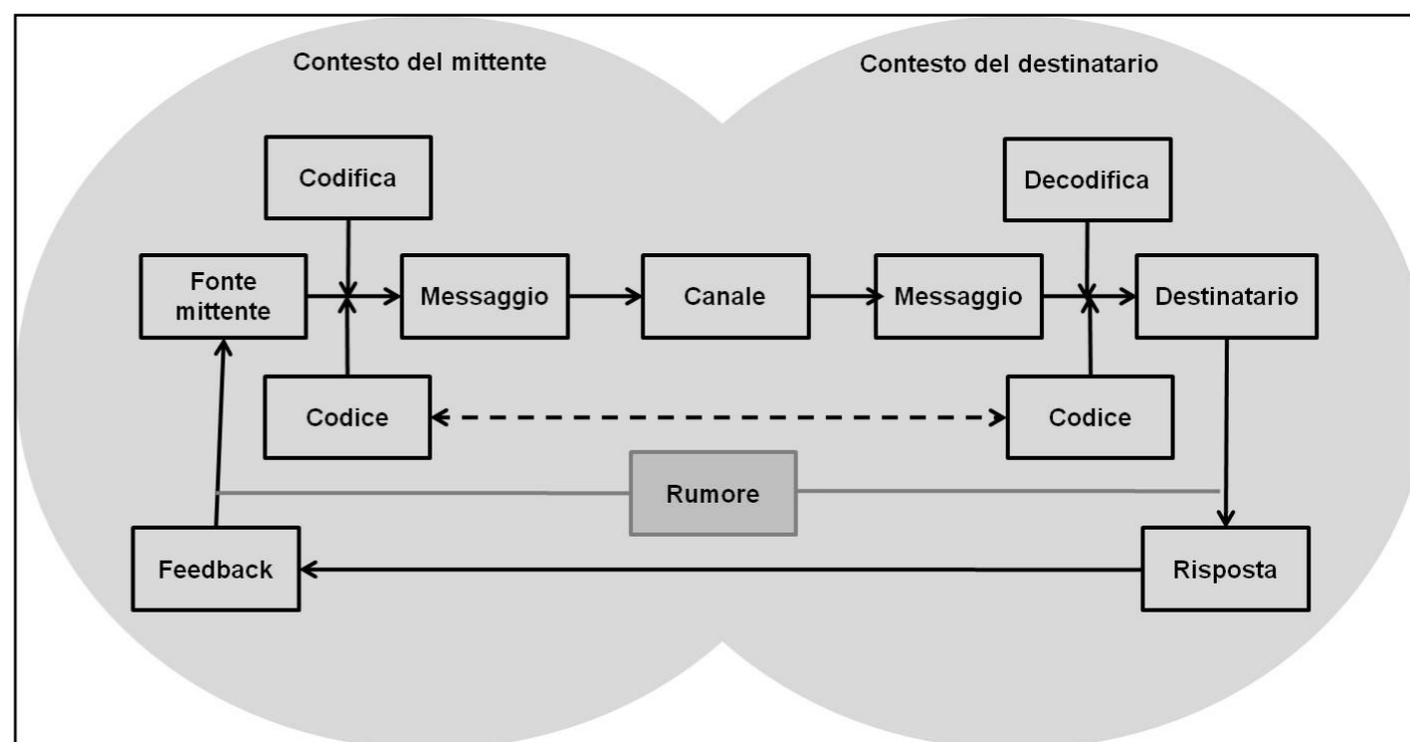
3. PERCEZIONE

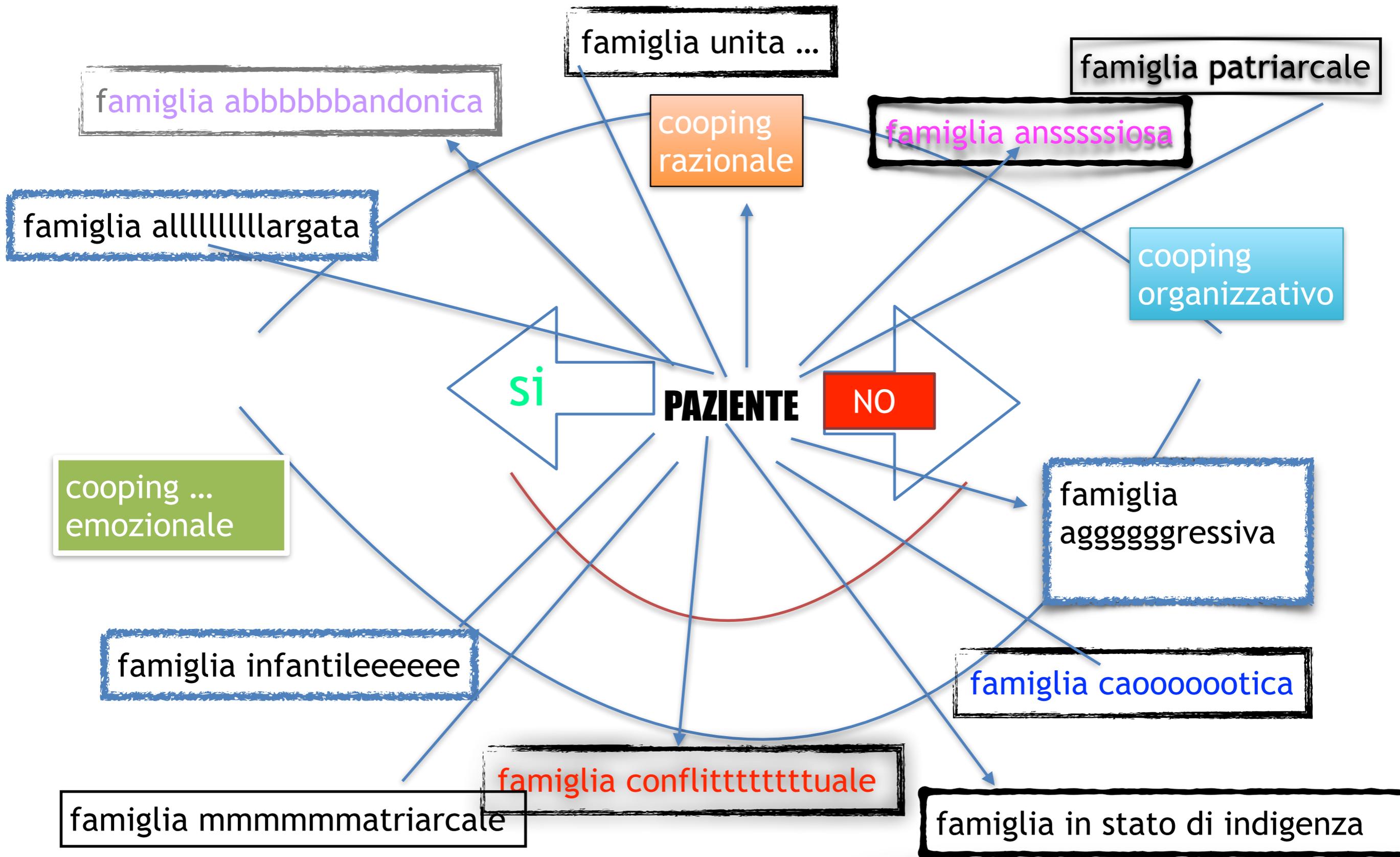
Per i familiari la percezione che il proprio congiunto sia curato nella maniera corretta deriva da aspetti del trattamento intensivo che trascendono la specificità delle scelte tecniche, ma che si riferiscono ad aspetti comportamentali e organizzativi del reparto. Pertanto, perché un percorso di limitazione dei trattamenti intensivi sia compreso e condiviso è essenziale la fiducia nell'equipe curante, che nasce dalla relazione e si fonda su tre elementi:

- la percezione che il proprio congiunto stia ricevendo e abbia ricevuto cure adeguate;
- la comprensione della gravità di malattia;
- l'accettazione della prognosi infausta.

ADEGUATEZZA DELLA COMUNICAZIONE

I familiari possono sentirsi accolti e supportati emotivamente dal personale se possono stare al letto del loro caro e se ricevono informazioni complete, chiare e coerenti (1,2).





Sicurezza come driver di cambiamento



WHO Global Consultation

**Setting Priorities for
Global Patient Safety**

26-28 September 2016
Florence, Italy

Organized by:



In collaboration with:

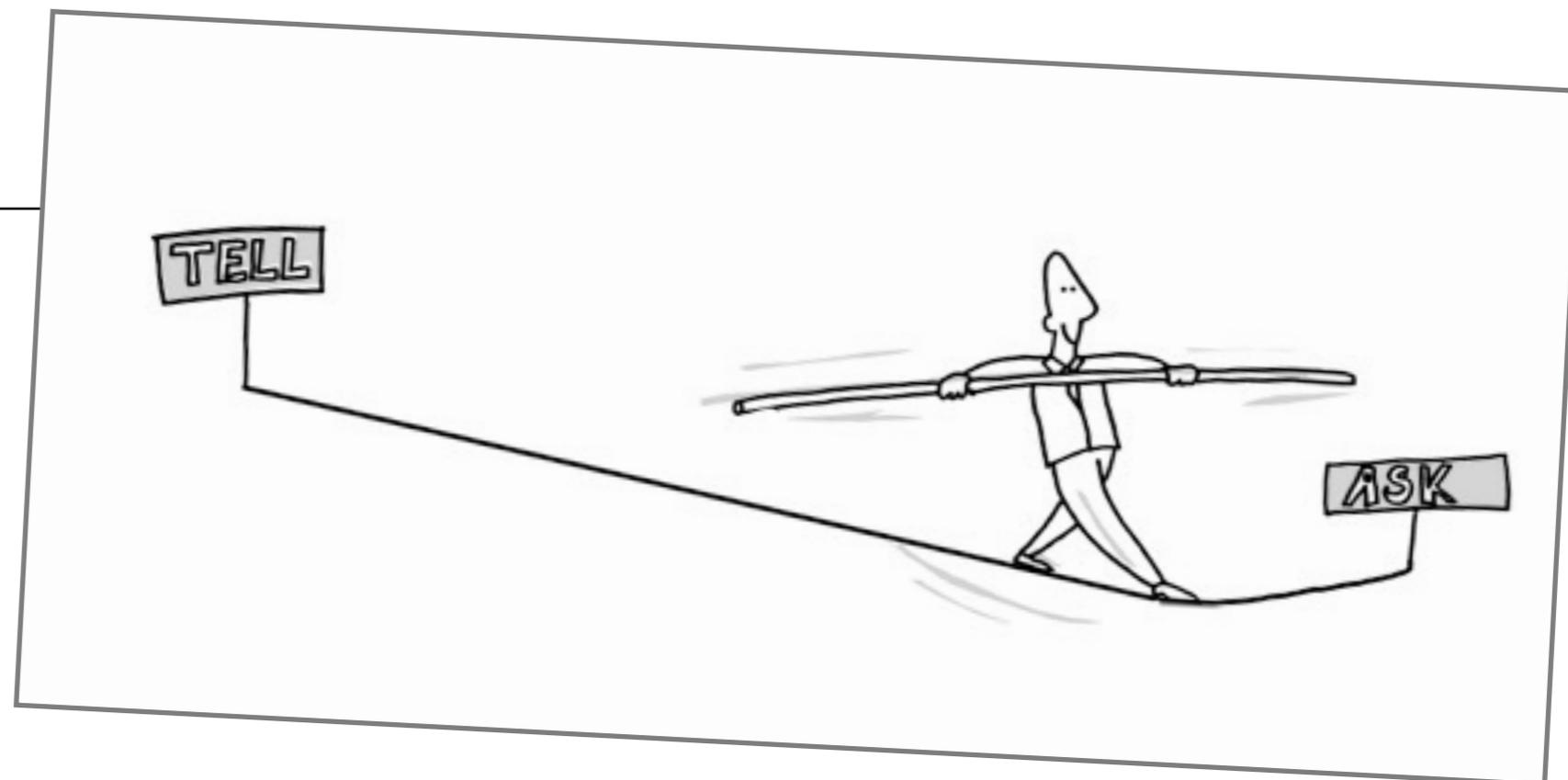


- Contestualizzare le pratiche per la sicurezza del paziente (raccomandate ed evidence based) in base alle priorità ed alle caratteristiche locali
- Il cambiamento verso organizzazioni più affidabili passa per coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro rappresentanti nelle decisioni sui trattamenti e le priorità per la ricerca e l'organizzazione
- La formazione e la valutazione della performance mediante simulazione sono fondamentali
- Formare alle abilità di comunicazione e lavoro in team
- I sistemi di reporting and learning degli incidenti focalizzati sui near miss
- La certificazione dei professionisti impegnati per la sicurezza dei pazienti

PER ... EVITARE

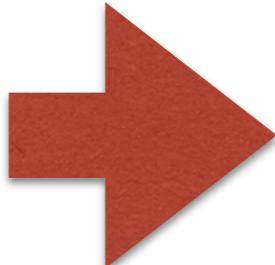
COMUNICAZIONE-MONOLOGO DEL SANITARIO

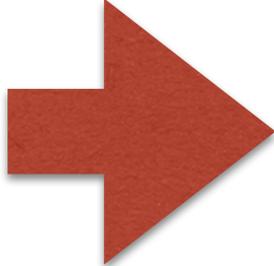
abilita' fondamentale - A.T.A. **ASK TELL ASK**



A. ASK - chiedi !

CHIEDERE AI FAMIGLIARI DI **DESCRIVERE**
LA LORO **ATTUALE COMPrensIONE** DEL
PROBLEMA/MALATTIA

 **UTILISSIMO PER VEICOLARE I MESSAGGI
TENENDO CONTO DEL LORO LIVELLO DI
CONOSCENZA, DEL LORO STATO
EMOTIVO, DEL LIVELLO CULTURALE, DEL
TIPO DI LINGUAGGIO UTILIZZATO**

 **PERMETTE DI COMPRENDERE SE LA
FAMIGLIA HA DELLE PERCEZIONI ERRATE
DEL PROBLEMA**

T
E
L
L

DIRE AI FAMIGLIARI CON UN LINGUAGGIO DIRETTO CHE COSA VOGLIAMO COMUNICARE LORO IN QUEL MOMENTO (BRUTTA NOTIZIA, OPZIONI DI TRATTAMENTO ETC.)

POICHE' I FAMIGLIARI SONO IN UNA CONDIZIONE DI STRESS EMOTIVO NON SOVRACCARICARLI DI INFORMAZIONI

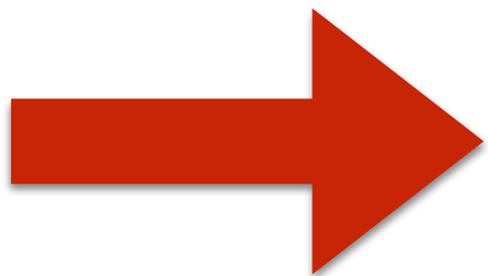
FRASI CORTE E DEFINITE, DUE O TRE MESSAGGI CHIARI DA «PORTARE A CASA» “ DA RIPETERE ... “

VALUTATE SEMPRE LA COMPrensIONE DI QUESTI MESSAGGI PRIMA DI TERMINARE L'INCONTRO

ASK



attenzione selettiva



metodo
significa procedura

**Studio multicentrico,
randomizzato**

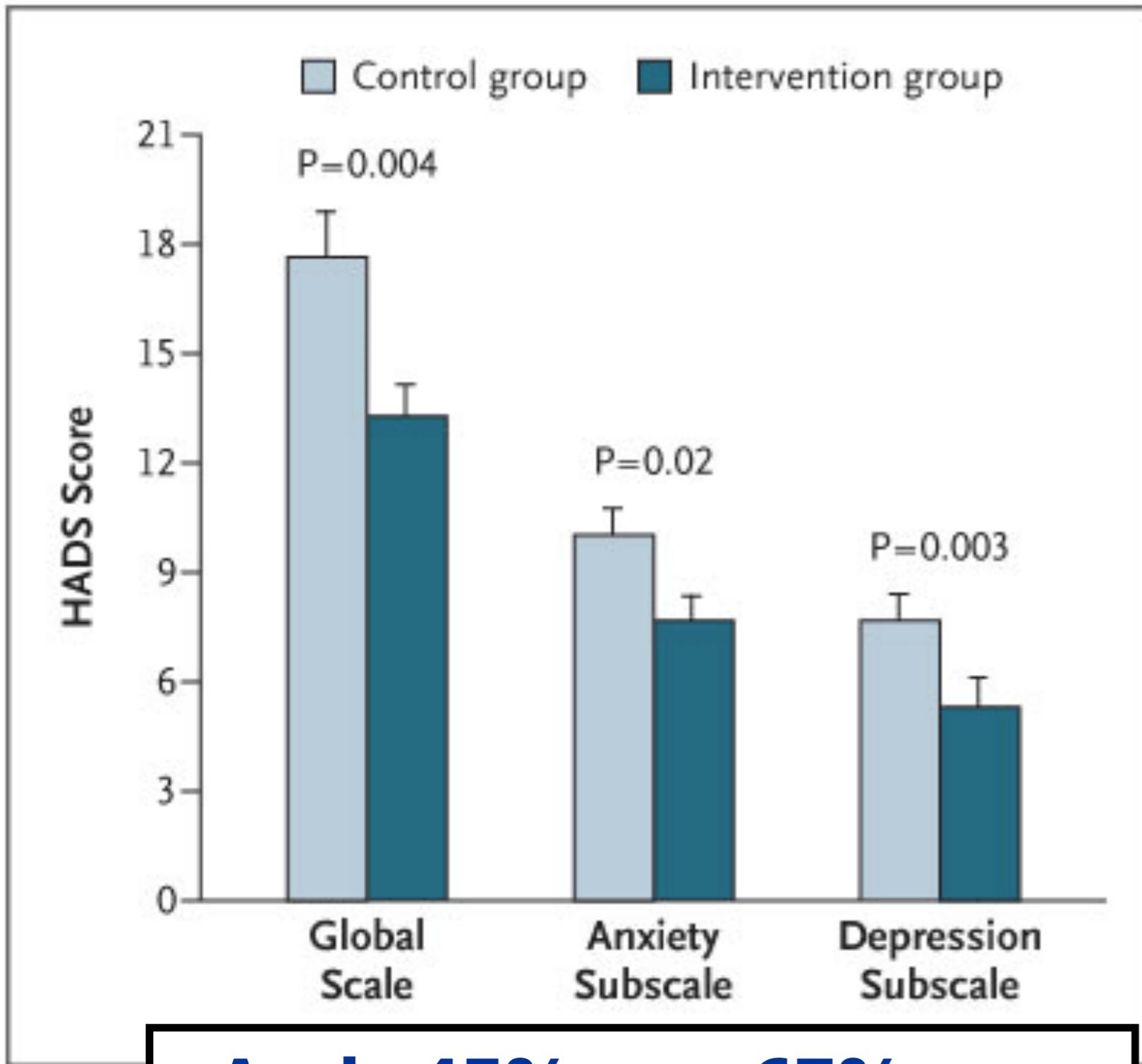
**A Communication Strategy and Brochure
for Relatives of Patients Dying in the ICU**

Alexandre Lautrette, M.D., Michael Darmon, M.D., Bruno Megarbane, M.D., Ph.D.,
Luc Marie Joly, M.D., Sylvie Chevret, M.D., Ph.D., Christophe Adrie, M.D., Ph.D.,
Didier Barnoud, M.D., Gérard Bleichner, M.D., Cédric Bruel, M.D.,
Gérald Choukroun, M.D., J. Randall Curtis, M.D., M.P.H., Fabienne Fieux, M.D.,
Richard Galliot, M.D., Maité Garrouste-Orgeas, M.D., Hugues Georges, M.D.,
Dany Goldgran-Toledano, M.D., Mercé Jourdain, M.D., Ph.D., Georges Loubert, M.D.,
Jean Reignier, M.D., Fayçal Saidi, M.D., Bertrand Souweine, M.D., Ph.D.,
François Vincent, M.D., Nancy Kentish Barnes, Ph.D., Frédéric Pochard, M.D., Ph.D.,
Benoit Schlemmer, M.D., and Elie Azoulay, M.D., Ph.D.

Confronto tra due tipi di approccio comunicativo ai famigliari dei pazienti morenti

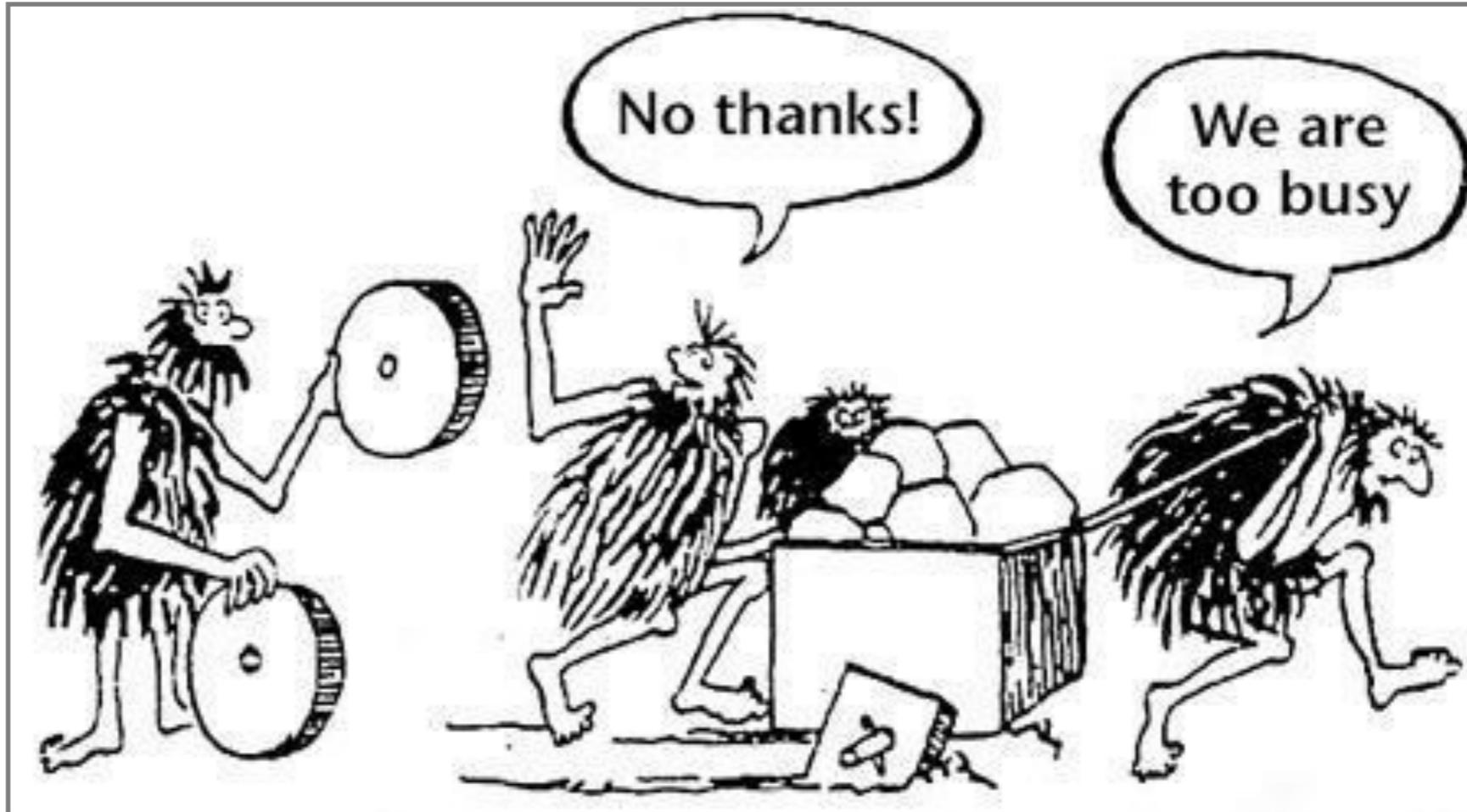
- **approccio libero, “usual practice”**
- **approccio concordato con specifiche linee-guida da seguire**

I famigliari del secondo gruppo (proactive approach) hanno sviluppato un minor livello di ansia e depressione rispetto al gruppo di controllo



Ansia 45% vs 67%
Depressione 29% vs 56%

**HADS
 hospital
 anxiety
 depression
 scale**



Carta dei diritti dei morenti



PRESENTAZIONE

Questo documento è stato elaborato dal COMITATO ETICO PRESSO LA FONDAZIONE FLORIANI (C.E.F.F.) nel maggio del 1999.

Il C.E.F.F. è stato finanziato ed ospitato dalla Fondazione Floriani dal 1991 al 2005, quando il Comitato Etico si è evoluto a totale autonomia e indipendenza con la denominazione di Comitato per l'Etica di Fine Vita (C.E.F.).

La Fondazione Floriani si è adoperata per la massima diffusione del documento non solo nell'ambito degli studiosi di bioetica e di cure palliative, ma anche tra la popolazione e le Istituzioni.

L'affermazione e la diffusione della Carta dei Diritti dei Morenti è stato il tema della "II Giornata Nazionale contro la sofferenza inutile della persona inguaribile - Estate di San Martino", l'11 novembre 2001 (questo evento è organizzato annualmente dalla Federazione Cure Palliative che in tutta Italia coordina l'attività di 60 associazioni non profit per le cure palliative), durante la quale sono state raccolte a sostegno 50.000 firme.

Carta dei **diritti** dei morenti

Chi sta morendo ha diritto:

- 1 A essere considerato come persona sino alla morte
- 2 A essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole
- 3 A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere
- 4 A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
- 5 Al sollievo del dolore e della sofferenza
- 6 A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato
- 7 A non subire interventi che prolunghino il morire
- 8 A esprimere le sue emozioni
- 9 All'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
- 10 Alla vicinanza dei suoi cari
- 11 A non morire nell'isolamento e in solitudine
- 12 A morire in pace e con dignità

Il Comitato Etico presso la Fondazione Floriani · C.E. F.F.

*Patrizia Borsellino presidente
Giorgio Di Mola, Michele Gallucci,
Alessandro Liberati, Maura Lusignani, Valerio Pocar,
Franca Porciani, Amedeo Santosuosso,
Marcello Tamburini, Franco Toscani*

Milano, 15 Maggio 1997

La Carta europea dei diritti del malato è stata scritta nel 2002 su iniziativa di **Active citizenship network**, in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dei Paesi dell'Unione europea: Aporia (Portogallo), Cittadinanzattiva (Italia), Confederación de Consumidores y Usuarios (Spagna), Danish Consumer Council (Danimarca), Deutscher Gewerkschaft für Verbraucher (Germania), Fédération Française des Consommateurs (Francia), International Neurological Research Organization (Austria), Irish Patients Association Ltd (Irlanda), KE F.K.A (Grecia), Nederlandse Patiënten Samenleving Federatie (Paesi Bassi), The Patients Association (Regno Unito), Venevning Samarwerkende Ouder-en-Patiëntengrupsen (Paesi Bassi).

Diritti di cittadinanza attiva

- **Diritto a esercitare attività di interesse generale**
- **Diritto a svolgere attività di tutela nell'area della salute**
- **Diritto di partecipare al policy making**

Controllato necessario della Carta sono 3 diritti di cittadinanza attiva che permettono a individui e gruppi di cittadini di agire per promuovere e verificare la messa in opera dei diritti dei pazienti.

Come tali, devono essere riconosciuti e rispettati in ogni Paese. Essi sono correlati con doveri e responsabilità che i cittadini che gli altri della sanità devono assumere.

La Carta si applica a tutti gli individui, riconoscendo le differenze, come l'età, il genere, la religione, lo status socioeconomico ecc., possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria.

Programma Europeo di Sanità

Carta europea dei diritti del malato

European Charter of Patients' Rights

Cittadinanzattiva online
Via Fiammola, 53 - 00196 Roma
tel. +39 063071181 - fax +39 06 367118333
www.cittadinanzattiva.it

Active citizenship network (www.activecitizenship.net), promossa da Cittadinanzattiva, è la rete composta da circa 100 organizzazioni civiche in 30 Paesi europei nata per contribuire allo sviluppo della cittadinanza attiva in Europa

- 1 Diritto a misure preventive**
Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati per prevenire la malattia.
- 2 Diritto all'accesso**
Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.
- 3 Diritto all'informazione**
Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari e il modo in cui utilizzarli, nonché a tutte quelle informazioni che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.
- 4 Diritto al consenso**
Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alle sperimentazioni.
- 5 Diritto alla libera scelta**
Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di informazioni adeguate.

- 6 Diritto alla privacy e alla confidenzialità**
Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.
- 7 Diritto al rispetto del tempo dei pazienti**
Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predeterminati. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.
- 8 Diritto al rispetto di standard di qualità**
Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di standard ben precisi.
- 9 Diritto alla sicurezza**
Ogni individuo ha il diritto di non subire danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e ha il diritto di accedere a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

- 10 Diritto all'innovazione**
Ogni individuo ha il diritto di accedere a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, in linea con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.
- 11 Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari**
Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.
- 12 Diritto a un trattamento personalizzato**
Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali.
- 13 Diritto al reclamo**
Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qualvolta abbia subito un danno e di ricevere una risposta.
- 14 Diritto al risarcimento**
Ogni individuo ha il diritto di ricevere un risarcimento adeguato, in tempi ragionevolmente brevi, ogni qualvolta abbia subito un danno fisico, morale o psicologico causato dai servizi sanitari.





LE CURE DI FINE VITA E L'ANESTESISTA RIANIMATORE:
RACCOMANDAZIONI SIAARTI PER L'APPROCCIO ALLA
PERSONA MORENTE

UPDATE 2018

Parte I: Le basi teoriche

ESTENSORI

Paolo Malacarne, Pisa
Sergio Livigni, Torino
Marco Vergano, Torino
Giuseppe Gristina, Roma
Francesca Mengoli, Bologna
Sara Borga, Orbassano (Torino)
Francesca Baroncelli, Torino
Luigi Riccioni, Roma
Nicola Latronico, Brescia

REVISORI

Giuseppe Naretto, Torino
Nereo Zamperetti, Vicenza
Luciano Orsi, Mantova
Danila Valenti, Bologna
Andrea Cossu, Sassari
Davide D'Antini, Foggia
Carlotta Fontaneto, Genova
Maurizio Fusari, Ravenna
Davide Piredda, Sassari
Amato De Monte, Udine

Introduzione	3
Quadro Generale di Riferimento	4
La Proporzionalità delle Cure Intensive	6
Comunicazione alla Fine della Vita e TI "Aperta"	9
Limitazione dei Trattamenti Intensivi	11
Donazione di Organi e Tessuti	14
Valutazione della Qualità dell'Assistenza del Fine Vita	15
Raccomandazioni Finali	16
Bibliografia	33

Comunicare non è solo informare ma è principalmente un'interazione nella quale la trasmissione del contenuto del messaggio è solo un elemento.

L'informazione chiara, trasparente ed esauriente si è dimostrata essere la miglior strategia per evitare conflitti.

Comunicazione e relazione sono correlate: una buona comunicazione e facilitata se e presente una relazione di fiducia e ascolto reciproco; una buona relazione si nutre di una comunicazione che diviene parte del processo di cura.

Fonte3: milano.fanpage.it

Folla ai funerali di Chiara Papini, travolta e uccisa da un'auto a Lecco: "Hai donato altra vita"

Centinaia di persone hanno partecipato ai funerali di Chiara Papini, la ragazza di 19 anni che la scorsa settimana è stata travolta e uccisa da un'auto pirata a Lecco. "Hai donato altra vita", è una parte del messaggio di addio che i genitori della 19enne hanno letto nello stadio Rigamonti-Ceppi, che ha ospitato la cerimonia funebre.

CRONACA LOMBAR DIALECCO 26 MAGGIO 2020 8:47di Redazione Milano

in foto: Chiara Papini (foto Facebook)

Una folla composta, centinaia di persone che hanno mantenuto le giuste distanze nel rispetto delle norme anti coronavirus, ha voluto porgere l'ultimo saluto a Chiara Papini, la ragazza di 19 anni morta lo scorso giovedì all'ospedale di Varese dopo essere stata investita da un'auto pirata a Lecco. I funerali della giovane si sono svolti nel pomeriggio di ieri, lunedì 25 maggio, nello stadio Rigamonti-Ceppi di Lecco, unica sede capace di accogliere con le dovute distanze tutti coloro che volevano dare l'addio alla ragazza. Chiara era molto conosciuta in città: nata e cresciuta nel rione lecchese di Castello, era amata da tutti, frequentava la parrocchia e andava a scuola all'istituto Rota di Calolziocorte.

Il messaggio dei genitori ai funerali: Hai donato altra vita

La sera di mercoledì 20 maggio stava tornando a casa dopo una serata trascorsa con gli amici quando, mentre attraversava sulle strisce pedonali in via Papa Giovanni XXIII, era stata travolta da un'auto guidata da un ragazzo di 22 anni. Il giovane dopo l'impatto era fuggito, a quanto pare assalito dalla paura: in seguito il padre dell'investitore ha riferito che il figlio aveva intenzione di togliersi la vita. Il giovane era stato in un primo tempo denunciato a piede libero, poi è stato arrestato con l'accusa di omicidio stradale e le aggravanti dell'omissione di soccorso e della guida sotto effetto di alcool e stupefacenti, ed è stato posto ai domiciliari. Chiara è morta nella mattina di giovedì, nonostante i disperati tentativi dei medici dell'ospedale di Circolo di Varese dove era stata trasportata in elicottero. I familiari hanno deciso di donare i suoi organi: "Hai donato altra vita, hai moltiplicato la vita, bambini e giovani avranno una nuova possibilità di poter rinascere e di poter essere felici portandosi dentro un po' di te", è un brano del messaggio di addio che i genitori della ragazza hanno letto durante la cerimonia funebre, come riporta la testata online "Primalecco". Ad accompagnare l'ingresso della bara della 19enne nello stadio le note di "Knockin' on Heaven's door" di Bob Dylan.



Patto per la salute 2014 - 2016

Il 10 luglio 2014 è stata sancita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016 l'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Il patto precedente era stato siglato nel 2009 a valere per il triennio 2010-2012.

Il Piano prevedeva di arrivare a un livello di finanziamento del SSN pari a 115,4 miliardi di euro nel 2016, salvo "eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico". Ma il finanziamento (stanziamento iniziale al netto di tutte le manovre intervenute successivamente) si è fermato a circa 111 miliardi.

Oltre 100 gli adempimenti da portare a termine nel triennio, tra questi l'aggiornamento dei Lea, l'aggiornamento dei nomenclatori delle protesi, il programma annuale di umanizzazione delle cure, definizione dei requisiti per gli ospedali di comunità.

ARTICOLO 4

“umanizzazione delle cure”

cambiamento nel ambito organizzativo prevedendo

altresì

l'uso sistematico e continuativo di strumenti di qualità

percepita

Comunicare non è solo informare ma è principalmente un'interazione nella quale la trasmissione del contenuto del messaggio è solo un elemento.

L'informazione chiara, trasparente ed esauriente si è dimostrata essere la miglior strategia per evitare conflitti.

Comunicazione e relazione sono correlate: una buona comunicazione è facilitata se è presente una relazione di fiducia e ascolto reciproco; una buona relazione si nutre di una comunicazione che diviene parte del processo di cura.

Tre livelli nella comunicazione sanitaria

- **Primo livello « che cosa sta succedendo? »:** il paziente o la famiglia cercano di ottenere e *comprendere* notizie
- **Secondo livello « come mi sento »:** il paziente o i familiari si interrogano sul proprio stato emotivo rispetto a quanto sta succedendo e se è bene comunicare all'intensivista queste emozioni
- **Terzo livello « che significato ha questo per me, nella mia vita »**

Il sapere che esistono questi tre livelli ci permette di impostare meglio il dialogo al fine di creare una relazione autentica:

- «mi dica che cosa le occorre sapere in questo momento»
- « vuole parlarmi di come si sente, di che cosa la spaventa di più adesso»
- «questa malattia come immagina che possa cambiare la sua vita?»

in questo modo saremo in grado di mostrare empatia e di rispondere ai sentimenti oltre che al contenuto della conversazione