

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
2. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI.....	2
3. LISTA DI DISTRIBUZIONE	3
4. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	3
5. RESPONSABILITA' E MODALITA' ESECUTIVE.....	3
6. GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE A PAZIENTI E/O AI FAMILIARI	4
7. GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE ESTERNA.....	8
8. GESTIONE DELL'IMPATTO DI UN EVENTO AVVERSO SUGLI OPERATORI	9
9. RIFERIMENTI	9
10. MONITORAGGI.....	9

REV.	EMESSO DA DS		VERIFICATO DA RQ		APPROVATO DA DS	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	04.05.2022	//	04.05.2022	//	04.05.2022	//
01	11.02.2023	//	14.02.2023	//	17.02.2023	//
02	09.05.2023	<i>Testo Coderch</i>	09.05.2023	<i>Leolinda Coderch</i>	09.05.2023	<i>Testo Coderch</i>

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Una comunicazione efficace riesce a creare un rapporto di fiducia tra gli operatori del Sistema Sanitario, cittadini/pazienti e rappresenta un pilastro fondamentale per la gestione del rischio clinico e contribuisce a ridurre conflittualità.

La comunicazione trasparente e onesta degli eventi avversi rappresenta un pilastro fondamentale per la gestione del rischio clinico e consente di mantenere il rapporto di fiducia tra pazienti/familiari e le organizzazioni sanitarie, rafforzare la relazione di fiducia tra operatori sanitari e cittadini/pazienti nonché consente di diminuire il numero di contenziosi. Realizza un principio etico e deontologico e mitiga la sofferenza dei pazienti e dei familiari, favorendo una maggiore condivisione delle scelte e la migliore gestione dell'evento al fine di:

- garantire il diritto dei pazienti a ricevere una comunicazione trasparente e onesta quando si verifica un evento avverso
- favorire il rendere conto delle proprie azioni (accountability), in particolare quando si verifica un evento avverso
- assicurare un comportamento omogeneo e corretto di tutto il personale e ridurre la sofferenza dei pazienti e dei familiari.

«La comunicazione va promossa a livello di sistema ma anche resa competenza e strumento professionale per promuovere un rapporto di fiducia tra paziente ed equipe assistenziale»

Scopo della presente istruzione operativa è definire le modalità e le responsabilità della gestione della comunicazione interna, esterna e della comunicazione al/alla paziente e/o ai suoi familiari degli eventi avversi con danno che lo abbiano riguardato, occorsi durante le prestazioni di cure in ambito domiciliare.

La procedura si applica in tutti casi in cui si verifica un evento che ha provocato un danno al paziente che avvengono all'interno delle cure domiciliari autorizzate dalle ASP competenti per territorio..

2. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DS: Direttore Sanitario
- DA: Direttore Amministrativo
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità

- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

3. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Presidente CdA
- Consiglieri Delegati
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Responsabile Qualità
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo
- Operatori Domiciliari

4. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO


Le modalità di diffusione dei documenti emessi per il governo ed il controllo del sistema di gestione per la qualità sono definite nella procedura PR.GID.7.1 *Gestione delle informazioni documentate*.

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop boxe; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

5. RESPONSABILITA' E MODALITA' ESECUTIVE

Il Responsabile è il Direttore Sanitario o se delegato il Direttore Tecnico. In caso di evento che abbia provocato un danno al paziente, oltre ad avviare immediatamente una analisi dettagliata

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA COMUNICAZIONE E GESTIONE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Codice documento: PR.GRC.8.5-03 Emesso il 04.05.2022 Rev.02 del 09.05.2023</p>
--	---	---

di quanto avvenuto è necessario spiegare l'accaduto, in modo trasparente e onesto, al paziente e/o ai familiari, fornendo un adeguato sostegno medico e psicologico.

6. GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE A PAZIENTI E/O AI FAMILIARI

- **CHI DEVE COMUNICARE L'EVENTO AVVERSO:**

il Direttore Sanitario/Direttore Tecnico di cure domiciliari individua la persona deputata alla comunicazione, preferibilmente il medico di riferimento per il paziente; qualora non sia presente la figura professionale di riferimento per il paziente, il Direttore Tecnico individua, in collaborazione con l'equipe, la persona deputata, che sarà anche quella che raccoglierà la documentazione clinica del paziente.

In un secondo momento può essere valutata l'opportunità di un incontro con il Responsabile del servizio di cure domiciliari e il Responsabile Aziendale per il Rischio Clinico dell'ASP di riferimento territoriale. A seconda della situazione, il colloquio con il paziente e/o con i familiari potrebbe essere sostenuto da 2 persone, dal Responsabile del servizio di cure domiciliari e dal professionista di riferimento per il paziente. Anche nel caso in cui il paziente venga trasferito in un'altra struttura, la comunicazione dell'evento avverso deve essere effettuata dal personale della struttura dove si è verificato l'evento, in sinergia con la struttura che accoglie il paziente.

- **QUANDO DEVE ESSERE COMUNICATO L'EVENTO AVVERSO**

La comunicazione dell'evento avverso deve avvenire non appena accertato il fatto, quando il paziente è clinicamente stabile ed in grado di accogliere quanto gli verrà detto. Se l'evento avverso ha provocato gravissime conseguenze, come inabilità o morte, i familiari o il rappresentante legale del paziente devono essere informati tempestivamente.

- **DOVE DEVE SVOLGERSI IL COLLOQUIO**

È necessario che sia scelto un luogo appartato e raccolto, nel quale sia possibile comunicare senza interruzioni, garantendo assoluta riservatezza.

- **COME DEVE ESSERE COMUNICATO L'EVENTO AVVERSO**

Fase 1. Preparazione del colloquio

Prima del colloquio, è necessario che gli operatori sanitari raccolgano tutti gli elementi informativi che riguardano la situazione clinica del paziente e li condividano con tutti i componenti dell'équipe. E' opportuno prevedere la disponibilità di figure di sostegno, ad esempio uno psicologo, un interprete o un mediatore culturale professionale.

Fase 2. Conduzione del colloquio

a) Indicazioni generali sulle modalità di conduzione del colloquio

- Indipendentemente dall'operatore che effettuerà il colloquio con il paziente e/o con i familiari, tutti gli operatori coinvolti devono esprimere rincrescimento per quanto avvenuto ed essere preparati a gestire una gamma di reazioni emotive, quali la rabbia, il dolore e la disperazione
- Il linguaggio utilizzato deve essere semplice e adeguato alle possibilità di comprensione degli interlocutori. L'operatore deve parlare lentamente, ripetere, se necessario, i concetti, assicurarsi, con opportune verifiche, che l'interlocutore abbia compreso e lasciare spazio alle domande. Vanno il più possibile evitati il lessico tecnico o le forme gergali e ogni termine specialistico citato deve essere spiegato con parole di uso corrente. È opportuno non utilizzare il termine "errore"
- Bisogna tenere in considerazione che la cultura relativa alla salute e alla malattia può variare a seconda della etnia, delle convinzioni, anche religiose, e della provenienza del paziente
- L'operatore che comunica deve essere rivolto verso il paziente, sufficientemente vicino e guardarlo negli occhi. Non deve far trasparire impazienza o desiderio di abbreviare il colloquio, né svolgere contemporaneamente altre attività. Il paziente deve percepire che gli viene dedicato tutto il tempo necessario
- Durante il colloquio deve essere evitata qualsiasi interruzione o interazioni, anche non verbali, tra gli operatori che escludano il paziente
- Al momento della comunicazione dell'evento, va fornito al paziente e/o ai familiari, se necessario, un appropriato supporto psicologico che li conduca ad elaborare l'accaduto ed alleviare la condizione di sofferenza
- Gli operatori devono essere preparati a rispondere alle domande poste da pazienti e/o familiari, anche quelle relative ad eventuali risarcimenti.

b) Contenuto del colloquio

- I fatti avvenuti devono essere descritti con chiarezza e senza ambiguità;

- vanno riferiti solo elementi accertati;
- è necessario evitare rassicurazioni premature e conclusioni preliminari che potrebbero essere interpretate come definitive;
- non devono essere attribuite colpe o responsabilità;
- va evitato il riferimento al fatto che il danno avrebbe potuto essere peggiore o i risultati più funesti;
- è opportuno evitare il confronto con casi simili a decorso diverso;
- vanno fornite al paziente le informazioni disponibili sull'iter diagnostico- terapeutico- riabilitativo da seguire, assicurando che verrà fatto tutto il necessario per limitare e mitigare le conseguenze;
- deve essere acquisito il consenso informato ai trattamenti previsti e proposti in seguito a quanto avvenuto;
- non sovraccaricare il paziente con un eccesso di informazioni, né semplificare eccessivamente l'accaduto sino al punto di banalizzarlo;
- al paziente e/o ai familiari deve essere concesso un tempo sufficiente per assimilare le informazioni ricevute, invitando a manifestare i propri dubbi e da porre domande al riguardo.

- **LA CONDUZIONE E I CONTENUTI DEL COLLOQUIO DA FARE**

- Esprimere rincrescimento sincero (differenza col dispiacersi)
- I fatti avvenuti devono essere descritti con chiarezza e senza ambiguità
- Capire cosa il paziente sa già «che idea si è fatto della sua situazione?»
- Capire cosa il paziente vuole sapere «vuole che cerchi di spiegarle più chiaramente la sua situazione?»
- Valutare le emozioni verbali, non verbali, riconoscere, dare spazio e nome alle emozioni (espressioni adattive: negazione, rabbia, pianto, paura, speranza irrealistica, espressioni disadattive: colpa, diniego patologico, disperazione angosciata)
- Vanno riferiti solo elementi accertati
- Vanno fornite al paziente le informazioni disponibili sull'iter diagnostico terapeutico e riabilitativo da seguire, assicurando che verrà fatto tutto il necessario per limitare e mitigare le conseguenze
- Al paziente e/o ai familiari deve essere concesso un tempo sufficiente per assimilare le informazioni ricevute, invitando a manifestare i propri dubbi ed a porre domande al riguardo

- L'operatore deve parlare lentamente, ripetendo, se necessario, i concetti e assicurandosi, con opportune verifiche, che l'interlocutore abbia compreso. Vanno il più possibile evitati il lessico tecnico o le forme gergali e ogni termine specialistico
- L'operatore che comunica deve essere rivolto verso il paziente, sufficientemente vicino e guardarlo negli occhi.

DA EVITARE

- Non devono essere attribuite colpe o responsabilità; evitare assolutamente di usare il termine: "è stata colpa di" e "è stato un errore di..."
- Va evitato il riferimento al fatto che il danno avrebbe potuto essere peggiore o i risultati più funesti
- evitare rassicurazioni premature e conclusioni preliminari, che potrebbero essere interpretate come definitive,
- Evitare il termine "errore"
- evitare il confronto con casi simili a decorso diverso
- Non sovraccaricare il paziente con un eccesso di informazioni, né semplificare eccessivamente l'accaduto sino al punto di banalizzarlo
- Non far trasparire impazienza o desiderio di abbreviare il colloquio, né svolgere contemporaneamente altre attività. Il paziente deve percepire che gli viene dedicato tutto il tempo necessario.

ERRORI COMUNICATIVI COMUNI

- Utilizzare in modo eccessivo domande chiuse;
- Interrompere spesso il paziente-familiare;
- Riempire i momenti di silenzio a tutti i costi;
- Reagire in modo inappropriato alle espressioni emotive del vissuto del paziente;
- Rassicurare in modo inefficace, senza indagare sui motivi della preoccupazione o generalizzare con facilità;
- Trasmettere informazioni al paziente in momenti e modi non adeguati;
- Non verificare l'esatta comprensione da parte del paziente delle informazioni date;
- Parlare in gergo tecnico;
- Fornire risposte rapide e soluzioni immediate prima di aver valutato e compreso i problemi del paziente;
- Sovrapporre l'interesse per l'organo paziente a quello della persona

- Minimizzare la gravità della situazione e dirottare l'attenzione su problemi marginali;
- Imporre le proprie decisioni, idee e valutazioni, abusando del proprio ruolo creando uno stato di dipendenza del paziente;
- Giudicare e valutare in modo negativo la situazione personale del paziente;
- Ignorare il fatto che la stessa parola o frase può avere differenti significati per differenti persone;
- Vedere un unico ed esclusivo modo di fare qualcosa;
- Respingere subito qualunque suggerimento o idea;
- Tentare di anticipare il pensiero di chi parla;
- Ripetere in maniera distorta quanto si sta dicendo;
- Fingere di non capire o distorcere il senso delle domande;
- Ribattere ad una argomentazione prima ancora che sia stata completamente spiegata;

c) Descrivere le misure intraprese dalla struttura sanitaria

- Vanno fornite informazioni circa l'analisi in corso o l'eventuale avvio di un'indagine di approfondimento
- Deve essere resa tempestivamente disponibile, se richiesta, la documentazione clinica e la documentazione relativa alle azioni intraprese a seguito dell'evento avverso
- Deve essere annotato in cartella clinica l'avvenuto colloquio con il paziente e/o familiari.


d) Programmare il follow-up

- Programmare almeno un incontro successivo, in cui verificare la situazione e fornire le ulteriori informazioni sull'evento emerse dall'indagine
- Fornire il nome e il numero di telefono di un referente a cui il paziente può rivolgersi per chiarimenti e richieste
- Garantire al paziente e/o ai familiari la possibilità di ottenere informazioni sulle procedure per la richiesta di risarcimento

7. GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE ESTERNA

Tale funzione compete al giornalista, esperto di comunicazione e informazione istituzionale che, su mandato della Direzione del Consorzio, che sarà l'unico soggetto abilitato a comunicare ufficialmente con l'esterno e dovrà:

- ottenere un'adeguata ed oggettiva conoscenza dei fatti;
- gestire i rapporti con gli organi di stampa;

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA COMUNICAZIONE E GESTIONE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Codice documento: PR.GRC.8.5-03 Emesso il 04.05.2022 Rev.02 del 09.05.2023</p>
--	---	---

- provvedere alla comunicazione ufficiale agli organi di informazione;
- evidenziare il rinascimento del Consorzio;
- evitare i “no comment” ;
- utilizzare un linguaggio semplice ed adeguato fornendo chiarimenti;
- fornire una versione coerente di quanto accaduto;
- segnalare agli interlocutori esterni le azioni che sono state intraprese e l’assistenza ed il supporto fornito al paziente e/o ai suoi familiari;
- redigere comunicati stampa;
- organizzare conferenze stampa;
- monitorare la rete internet per sondare opinioni e commenti anche attraverso forum e social network;
- trasmettere le comunicazioni agli interlocutori esterni.

Il Presidente del Cda del Consorzio, con il supporto del suo Ufficio Stampa, mantiene infine il monitoraggio sull’evoluzione mediatica dei fatti e provvede alla pianificazione di eventuali ulteriori azioni.

8. GESTIONE DELL’IMPATTO DI UN EVENTO AVVERSO SUGLI OPERATORI

Nel caso di un evento avverso la direzione sanitaria o tecnica del Consorzio SISIFO stabilirà la data ed il luogo in cui si terrà un colloquio con l’operatore coinvolto in un evento avverso al fine di:

- valutare le condizioni psicologiche dell’operatore;
- fornire un adeguato sostegno psicologico e relazionale;
- raccogliere la testimonianza dell’operatore;
- ascoltare le richieste dell’operatore soprattutto se idonee ad evitare il ripetersi dell’evento;
- offrire all’operatore un sostegno professionale prevedendo se necessario un periodo di training o re-training.

9. RIFERIMENTI

- *Linee guida per la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti al verificarsi di un evento avverso, per una comunicazione aperta e trasparente, Ministero della Salute, aprile 2011.*

10. MONITORAGGI

- N. di Root cause analysis condotte su eventi avversi verificatisi
 - 100%
- N. di anomalie registrate nella gestione della comunicazione degli eventi avversi con paziente sul numero di eventi avversi registrati
 - < 1
- N. di anomalie registrate nella gestione della comunicazione degli eventi avversi con caregiver sul numero di eventi avversi registrati
 - < 1
 -
- N. di colloqui con operatore coinvolto nell'evento avverso:
 - > 1
- N. di comunicati stampa in caso di grave evento avverso:
 - > 1