

PROCEDURA	ASL LATINA Dipartimento Staff UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico UOC Sviluppo Organizzativo, Formazione e Bilancio Sociale	VERS. I 13/01/2026	Pag. I di
------------------	---	-----------------------	--------------

LA COMUNICAZIONE CON PAZIENTI E CAREGIVER

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
13/01/2026	Assunta Lombardi Roberta De Grandis Luca Palombo Marilisa Coluzzi Sara Venditti	Assunta Lombardi	Sabrina Cenciarelli Pietro Leone Sergio Parrocchia	I Anno

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X	X		

SOMMARIO

SOMMARIO	2
1. PREMESSA E RAZIONALE	3
2. OGGETTO	3
3. SCOPO	3
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	4
6. LA GESTIONE DEI DIRITTI, DOVERI E IL COINVOLGIMENTO	4
7. TIPOLOGIE DI COMUNICAZIONE	5
7.1. COMUNICAZIONE INFORMATIVA ORDINARIA.....	5
7.1.1. Area di Pronto Soccorso e OBI.....	6
7.1.2. Area dei Reparti di Degenza.....	6
7.1.3. Area delle Terapie Intensive.....	7
7.2. COMUNICAZIONE DI DIAGNOSI O PROGNOSI RILEVANTI.....	7
7.3. COMUNICAZIONE IN SITUAZIONI DI FRAGILITÀ COGNITIVA O DECISIONALE.....	8
7.4. COMUNICAZIONE CON IL CAREGIVER.....	8
7.5. LA COMUNICAZIONE DI SITUAZIONI CRITICHE E DI EVENTI AVVERSI.....	9
7.5.1. La comunicazione del quasi evento/ “near miss”.....	9
7.5.2. La comunicazione dell’evento avverso grave/evento sentinella.....	9
7.5.3. La comunicazione dell’evento avverso sui social ed ai mass media.....	10
8. COMUNICAZIONE IN CASO DI CONFLITTO O TENSIONE	10
9. COMUNICAZIONE NEL FINE VITA O DI PEGGIORAMENTO CLINICO	10
10. COMUNICAZIONE DEL DECESSO	11
11. COMUNICAZIONE NELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	11
12. COMUNICAZIONE INTERCULTURALE E MULTILINGUISTICA	12
12.1. LA COMUNICAZIONE A SOGGETTI TERZI (FAMILIARI/PERSONE DESIGNATE).....	13
12.2. AUTORIZZAZIONE E INDIVIDUAZIONE DEI DESTINATARI.....	13
13. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	14
14. MONITORAGGIO	15
15. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE	15
16. RIFERIMENTI NORMATIVI	15

I. PREMESSA E RAZIONALE

La comunicazione tra operatori sanitari, pazienti e caregiver rappresenta parte integrante del processo di cura, non un'attività accessoria.

Una comunicazione inadeguata costituisce un fattore di rischio clinico, organizzativo e relazionale, potenzialmente associato a:

- incomprensione del percorso di cura
- ridotta aderenza terapeutica
- aumento del contenzioso e dei reclami
- conflittualità e aggressioni
- perdita di fiducia nell'istituzione sanitaria

2. OGGETTO

La presente procedura generale definisce le modalità standardizzate di comunicazione che gli operatori sanitari devono adottare con pazienti, assistiti e caregiver, integrando: la gestione dei diritti e dei doveri (responsabilità) dell'utente, i principi di ascolto e coinvolgimento nel processo di cura, e le linee guida per la comunicazione degli eventi avversi in un'ottica di tempestività, trasparenza e onestà.

3. SCOPO

Scopo della presente procedura è :

- Standardizzare le modalità di interazione al fine di riconoscere al cittadino un ruolo attivo, consapevole e collaborativo nel rapporto con l'Azienda.
- Garantire informazioni chiare, coerenti e tempestive.
- Favorire la partecipazione attiva di pazienti e caregiver alle decisioni.
- Ridurre conflitti, incomprensioni e discontinuità comunicative.
- Sostenere il benessere emotivo di pazienti e famiglie, soprattutto nei percorsi complessi o di fine vita.
- Consentire la migliore gestione nel caso di eventi avversi così da mitigare la sofferenza, e contribuire a ridurre la conflittualità e il numero di contenziosi.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica:

- a tutti i professionisti sanitari e sociosanitari, dipendenti o convenzionati
- in tutte le fasi del percorso assistenziale:
 - accoglienza
 - diagnosi
 - trattamento
 - follow-up
 - dimissione
 - fine vita
- in tutti i contesti assistenziali:
 - ospedaliero
 - territoriale
 - domiciliare
 - residenziale.

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Comunicazione: Processo circolare tra un emittente e un ricevente, che presuppone intenzionalità, codifica e decodifica, permettendo la costituzione e la condivisione del significato.

Comunicazione Esterna: Comunicazione tra l'ASL Latina e il territorio e l'opinione pubblica, includendo pazienti, caregiver, familiari, associazioni, mass media e stakeholder.

Evento Avverso: Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti sanitari, indesiderabile, non intenzionale e dannoso.

Evento Sentinella: Evento inatteso che comporta morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse, e richiede indagine immediata.

Near Miss/Quasi evento: Incidente evitato che stava per generare danni al paziente, ma non si è verificato grazie a meccanismi di barriera o intervento umano.

U.O./UU.OO.: Unità Operativa - Unità Operative.

URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Risk Management: Attività volte a identificare, valutare e ridurre i rischi.

6. LA GESTIONE DEI DIRITTI, DOVERI E IL COINVOLGIMENTO

La gestione della comunicazione deve essere basata sul riconoscimento dei diritti e sulla promozione del ruolo attivo e collaborativo del cittadino.

A. Garanzia dei Diritti Fondamentali:

- **Dignità e Rispetto:** Il paziente ha diritto di essere assistito con premura e rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose. Deve essere trattato con educazione e cortesia.
- **Informazione e Consenso:** Il paziente ha diritto a ricevere informazioni complete, corrette e comprensibili sulla propria condizione di salute, sulla diagnosi, sulle opzioni terapeutiche disponibili, sulla terapia proposta, sulla prognosi e sui possibili benefici, rischi, effetti collaterali o disagi conseguenti al trattamento. L'informazione deve essere personalizzata, adeguata al livello di comprensione della persona, priva di tecnicismi inutili e fornita con modalità e tempi congrui, tali da consentire al paziente di riflettere, porre domande, chiedere chiarimenti ed eventualmente confrontarsi con persone di fiducia. Il consenso informato non è un atto formale, ma un processo di comunicazione e di relazione di cura: deve essere espresso in modo libero, consapevole e informato, dopo aver compreso realmente quanto proposto, e può essere in ogni momento revocato o modificato. Allo stesso modo, il paziente ha diritto di esprimere il proprio dissenso o di rifiutare trattamenti, nel rispetto delle norme di legge e dei principi di autodeterminazione e dignità della persona.
- **Identificazione:** Il paziente ha diritto di identificare il profilo professionale, la posizione funzionale e l'identità degli operatori che lo hanno in cura.
- **Privacy:** È garantita la riservatezza sui dati relativi alla patologia e su ogni circostanza che lo riguarda.
- **Continuità della Cura:** Al momento della dimissione, il paziente ha diritto di ricevere per iscritto i dati clinici, la terapia consigliata e il prospetto dei controlli successivi.

B. Doveri e Responsabilità del Cittadino:

- **Collaborazione:** Il cittadino è invitato ad avere un comportamento responsabile e a collaborare con il personale sanitario, rispettando il rapporto di fiducia essenziale per il programma terapeutico.

- **Rispetto del Trattamento:** L'utente partecipa al servizio mediante il rispetto del piano terapeutico ed educativo concordato e la corretta assunzione dei farmaci prescritti.
- **Norme Comportamentali:** È dovere rispettare i diritti e la riservatezza degli altri assistiti, evitando comportamenti che possano creare disturbo (es. rumori, uso smodato di dispositivi mobili). È vietato fumare in ospedale.
- **Rispetto delle Strutture:** Il cittadino è tenuto al rispetto degli ambienti, degli arredi e delle attrezzature.
- **Tempestiva Rinuncia:** È dovere informare tempestivamente i sanitari sull'intenzione di rinunciare a cure o prestazioni programmate, per evitare sprechi di tempi e risorse.
- **No Violenza:** Il cittadino ha il dovere di evitare comportamenti aggressivi e violenti, anche solo verbalmente, nei confronti degli operatori.

C. Ascolto Attivo e Coinvolgimento:

- **Ascolto attivo:** Gli operatori devono ascoltare il cittadino in merito a sintomi ed esperienze che possono inquadrare meglio le condizioni cliniche.
- **Empatia:** È fondamentale sviluppare un rapporto empatico, caratterizzato da comprensione e disponibilità, escludendo giudizi morali o attitudine affettiva personale (simpatia, antipatia).
- **Supporto Familiare:** Su autorizzazione del medico di reparto, il paziente ha diritto ad avere accanto a sé un familiare, se le condizioni di salute dello stesso e le condizioni strutturali/ambientali dell'unità operativa ospitante lo consentono.

7. TIPOLOGIE DI COMUNICAZIONE

7.1. Comunicazione informativa ordinaria

Per comunicazione ordinaria si intende l'insieme delle attività comunicative **non emergenziali e non critiche**, che accompagnano in modo continuativo il paziente e il caregiver lungo il percorso assistenziale e che riguardano:

- organizzazione dell'assistenza;
- esecuzione di prestazioni sanitarie;
- informazioni su esami, terapie e procedure;
- orientamento ai servizi;
- chiarimenti su tempi, modalità e continuità delle cure.

La comunicazione ordinaria costituisce atto professionale a rilevanza clinico-assistenziale ed è parte integrante del processo di presa in carico.

Obiettivo: informare e orientare

Chi comunica: professionista coinvolto nel processo

Modalità operative: Ogni comunicazione ordinaria deve rispettare i seguenti requisiti:

- a) Appropriatelyzza del contenuto, informazioni corrette, aggiornate e coerenti con il piano di cura; assenza di anticipazioni non autorizzate; chiarezza su ciò che è certo e ciò che è in fase di definizione.
- b) Adeguatezza del linguaggio, utilizzo di linguaggio semplice e comprensibile; spiegazione dei termini tecnici quando necessari; adattamento al livello culturale e cognitivo dell'interlocutore.
- c) Contestualizzazione, collegamento delle informazioni al momento assistenziale; esplicitazione di finalità e implicazioni pratiche; coerenza temporale delle informazioni fornite.

La comunicazione ordinaria deve avvenire secondo le seguenti modalità operative:

Identificazione del professionista

Il professionista deve presentarsi indicando nome, qualifica e ruolo.

Esplicitazione dell'oggetto della comunicazione

Deve essere chiarito cosa si sta comunicando e perché.

Trasmissione strutturata delle informazioni

Le informazioni devono essere fornite in modo sequenziale e logico, evitando sovraccarico informativo.

Verifica della comprensione

Il professionista deve accertarsi che il paziente/caregiver abbia compreso, anche tramite riformulazione.

Disponibilità al chiarimento

Deve essere lasciato spazio per domande e richieste di approfondimento.
rinviare al medico responsabile per decisioni cliniche

7.1.1. Area di Pronto Soccorso e OBI

Il Pronto Soccorso è un'area ad alta intensità dove la tempestività dell'informazione è fondamentale per ridurre l'ansia dei familiari, impossibilitati a sostare nelle sale d'attesa o accanto al congiunto se non per specifiche indicazioni cliniche.

Fase di Accoglienza (Triage): All'arrivo, l'infermiere di triage sottopone al paziente (o all'accompagnatore se il paziente non è collaborante) il modulo privacy per individuare fino a un massimo di due referenti a cui fornire aggiornamenti. Viene fornita una prima spiegazione sui codici colore e sui tempi di attesa stimati.

Primo Contatto Medico: Entro due ore dalla presa in carico o dal trasferimento, il medico di Pronto Soccorso deve informare il referente individuato sullo stato di salute e sull'eventuale allocazione del paziente. Un ulteriore aggiornamento deve essere fornito entro le successive 6 ore.

Aggiornamenti e Dimissioni: È garantita una comunicazione quotidiana per informare sull'evoluzione della patologia o su trasferimenti interni/esterni. In caso di dimissione, il verbale di Pronto Soccorso — che descrive tutto il percorso clinico — deve essere consegnato al paziente affinché lo trasmetta al Medico di Medicina Generale.

Canali Informativi Dedicati: Per umanizzare le cure, l'Azienda attiva fasce orarie specifiche per l'accoglienza e l'informazione

Con Te in Pronto Soccorso: Il progetto, accessibile attraverso l'applicazione ufficiale "Salute Lazio", permette ai familiari e agli accompagnatori di seguire il percorso clinico dell'assistito direttamente dal proprio smartphone, in piena sicurezza e nel rispetto delle normative sulla privacy. All'arrivo in pronto soccorso, la persona assistita riceve un codice QR al triage. Potrà decidere di condividerlo con un coniuge, parente prossimo o tutore legale. Inquadrando il codice con l'app "Salute Lazio", sarà possibile monitorare lo stato del percorso assistenziale. Il servizio è riservato a familiari e tutori legali, in linea con le disposizioni vigenti sulla protezione dei dati personali.

7.1.2. Area dei Reparti di Degenza

Nelle unità di degenza, la comunicazione mira a garantire la continuità del rapporto affettivo e la trasparenza sul piano terapeutico.

Ingresso in Reparto: All'atto del ricovero, il personale infermieristico verifica la presenza del modulo privacy e della Scheda Comunicazione. Entro due ore dall'ingresso, il Coordinatore infermieristico (o l'infermiere di turno) contatta il familiare per confermare il luogo di degenza e comunicare gli orari dei colloqui medici.

Colloquio Medico Quotidiano: Il personale medico chiama i familiari autorizzati tutti i giorni, preferibilmente nella fascia oraria pomeridiana, per riferire sullo stato clinico. Ogni contatto deve essere registrato nella Scheda Comunicazione in cartella.

7.1.3. Area delle Terapie Intensive

Data la criticità dei pazienti, la comunicazione in quest'area richiede estrema precisione e sensibilità.

Accoglienza e Primo Contatto: Come per i reparti di degenza, il primo contatto telefonico da parte del personale infermieristico avviene entro due ore dall'accoglimento per comunicare l'avvenuto ricovero e le modalità di informazione.

Informazione Medica Specialistica: Il personale medico contatta i referenti quotidianamente in una fascia oraria pomeridiana per fornire aggiornamenti dettagliati sul quadro clinico complesso.

7.2. Comunicazione di diagnosi o prognosi rilevanti

Obiettivo: condividere informazioni cliniche complesse

Chi comunica: medico responsabile del caso. Il coinvolgimento di altri professionisti (infermiere, psicologo, palliativista, assistente sociale) deve essere programmato e non estemporaneo. È vietata la comunicazione autonoma di prognosi rilevanti da parte di personale non autorizzato.

Modalità operative:

Fase 1 – Valutazione preliminare

Il medico responsabile deve preliminarmente valutare e documentare:

- stato clinico e grado di certezza prognostica;
- capacità di comprensione del paziente;
- stato cognitivo ed emotivo;
- volontà del paziente di ricevere informazioni prognostiche;
- presenza e ruolo di caregiver o familiari.

Fase 2 – Preparazione del setting comunicativo

È obbligatorio garantire:

- ambiente riservato e idoneo;
- tempo adeguato e non contingentato;
- assenza di interruzioni;
- possibilità di presenza di persona di fiducia, se richiesta.

La comunicazione non deve avvenire in: corridoi; aree comuni; momenti di sovraccarico assistenziale.

Fase 3 – Valutazione della percezione del paziente

Prima di comunicare la prognosi, il medico deve:

- esplorare cosa il paziente ha già compreso;
- identificare aspettative, timori e convinzioni;

- rilevare eventuali distorsioni informative.

Questa fase è essenziale per calibrare contenuto e linguaggio.

Fase 4 – Trasmissione dell'informazione prognostica

La comunicazione deve avvenire secondo criteri tecnici:

- utilizzo di linguaggio chiaro e non ambiguo;
- evitamento di percentuali o tempi rigidi non scientificamente sostenibili;
- distinzione esplicita tra certezza clinica e probabilità;
- trasmissione graduale delle informazioni;
- sospensione temporanea del colloquio se emergono reazioni emotive intense.

È vietato:

- fornire false rassicurazioni;
- utilizzare eufemismi fuorvianti;
- anticipare conclusioni non condivise dall'équipe.

Fase 5 – Gestione delle reazioni emotive

Il medico deve:

- riconoscere e legittimare le reazioni emotive;
- mantenere atteggiamento empatico ma professionale;
- evitare discussioni difensive;
- offrire supporti specialistici se necessari.

Fase 6 – Condivisione delle prospettive assistenziali

La comunicazione prognostica deve includere:

- esplicitazione degli obiettivi di cura realistici;
- illustrazione delle opzioni terapeutiche o palliative;
- chiarimento su ciò che può e non può essere ottenuto;
- pianificazione dei passi successivi.

La prognosi non deve essere comunicata senza prospettiva di accompagnamento assistenziale.

Il coinvolgimento dei caregiver:

- avviene solo nel rispetto della volontà del paziente;
- deve essere coerente con quanto comunicato al paziente;
- non può sostituire la comunicazione diretta al paziente, salvo impedimenti clinici documentati.

7.3. Comunicazione in situazioni di fragilità cognitiva o decisionale

Ambiti: pazienti non competenti, minori, disabilità intellettive, stati confusionali

Modalità operative:

- identificare rappresentante legale o tutore
- mantenere il paziente comunque informato secondo capacità
- evitare esclusione totale del paziente
- documentare chi riceve le informazioni

7.4. Comunicazione con il caregiver

Obiettivo: integrare il caregiver nel percorso di cura

Modalità operative:

- identificare formalmente il caregiver

- chiarire il suo ruolo
- distinguere informazioni cliniche da supporto assistenziale
- rispettare la volontà del paziente

Nota operativa:

il caregiver non è automaticamente titolato a ricevere tutte le informazioni cliniche se non autorizzato.

7.5 La comunicazione di situazioni critiche e di eventi avversi

La comunicazione degli eventi avversi, intesa come comunicazione esterna verso pazienti/caregiver, è strettamente correlata all'entità del danno.

7.5.1. La comunicazione del quasi evento/ "near miss"

In caso di un quasi evento di cui il paziente si sia reso conto, è necessario intervenire tempestivamente per garantire trasparenza e ristabilire la fiducia. Il medico curante deve comunicare al paziente/familiari le motivazioni dell'accaduto, i provvedimenti intrapresi per la sicurezza (es. controlli aggiuntivi) e rassicurare il paziente sull'assenza di conseguenze negative per la sua salute.

7.5.2. La comunicazione dell'evento avverso grave/evento sentinella

La comunicazione di eventi avversi che abbiano provocato un grave danno deve essere tempestiva, trasparente e onesta.

- **Responsabilità della Comunicazione:** Compete al Direttore/Responsabile di Unità Operativa/Servizio/Funzione in cui l'evento si è verificato o, in sua assenza, al Dirigente medico responsabile.
- **Sostegno:** Per pazienti fragili (anziani, pediatrici, disabili) è opportuno prevedere la disponibilità di figure di sostegno, come uno psicologo, un interprete o un mediatore culturale.
- **Trasparenza:** Prima del colloquio, occorre reperire tutti gli elementi informativi e mettere al corrente il paziente/assistito, e/o le persone designate, non solo dell'evento avverso ma anche di tutto il percorso clinico.
- **Tempestività:** La comunicazione deve avvenire non appena accertato l'evento, se il paziente è clinicamente stabile. Se l'evento ha provocato conseguenze gravissime o la morte, i familiari/caregivers devono essere informati tempestivamente.
- **Contenuto:** Vanno descritti i fatti avvenuti chiaramente e senza ambiguità, con spiegazione dei termini medici. Occorre fornire informazioni sull'indagine intrapresa per ricostruire l'accaduto e identificare le motivazioni, nonché sull'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo avviato per limitare i danni.

Modalità di Conduzione del Colloquio:

- **Ambiente:** Scegliere un luogo confortevole, appartato e raccolto, assicurando il rispetto della *privacy*.
- **Linguaggio:** Utilizzare un linguaggio chiaro e comprensibile, evitando il più possibile il lessico tecnico o forme gergali. L'operatore deve parlare lentamente, ripetendo i concetti se necessario e assicurandosi che l'interlocutore abbia compreso.
- **Tempo:** Deve essere concesso al paziente/assistito e ai familiari/caregivers un tempo sufficiente per assimilare le informazioni e porre domande.
- **Scuse e Scopo:** Al termine, è necessario ribadire le scuse per quanto accaduto e ringraziare per la partecipazione. Va chiarito che tutti gli operatori coinvolti sono dispiaciuti e non devono essere attribuite colpe ad altri operatori.

- **Documentazione:** Ogni colloquio effettuato a seguito di un evento avverso va riportato nella **cartella clinica/documentazione sanitaria**.

Cosa Evitare: Non devono essere attribuite colpe o responsabilità, né va riferito che il danno avrebbe potuto essere peggiore. Vanno evitate rassicurazioni premature e non si deve sovraccaricare il paziente con un eccesso di informazioni.

7.5.3. La comunicazione dell'evento avverso sui social ed ai mass media

La Direzione Generale per mezzo dell'Ufficio Stampa Aziendale e/o la UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico, è l'unica figura istituzionale autorizzata a rilasciare informazioni o comunicati ai mass media. La risposta aziendale deve essere tempestiva, dettagliata ed esaustiva per tutelare la reputazione e ridurre l'impatto negativo sull'immagine. Nessun operatore sanitario è autorizzato a rilasciare notizie o interviste inerenti l'evento avverso senza autorizzazione preventiva del Direttore Generale.

8. COMUNICAZIONE IN CASO DI CONFLITTO O TENSIONE

Obiettivo: de-escalation e tutela reciproca

Modalità operative:

- mantenere tono calmo
- ascoltare senza interrompere
- riconoscere il disagio
- evitare scontri frontali
- coinvolgere responsabile di struttura se necessario

La comunicazione è strumento primario di prevenzione delle aggressioni.

9. COMUNICAZIONE NEL FINE VITA O DI PEGGIORAMENTO CLINICO

La comunicazione del fine vita costituisce atto clinico ad alta rilevanza etica, relazionale e medico-legale. La comunicazione del fine vita è finalizzata a:

- garantire informazione veritiera, proporzionata e rispettosa;
- favorire la consapevolezza del paziente rispetto alla fase di malattia;
- supportare decisioni condivise sugli obiettivi di cura;
- prevenire accanimento terapeutico e trattamenti sproporzionati;
- facilitare l'attivazione tempestiva delle cure palliative;
- ridurre conflittualità e sofferenza evitabile;
- assicurare continuità assistenziale e accompagnamento.

Modalità operative:

La comunicazione del fine vita deve essere:

- anticipatoria, ove possibile (early palliative approach);
- progressiva, non concentrata in un unico colloquio;
- centrata sul paziente, non esclusivamente sui familiari;
- proporzionata alle capacità cognitive ed emotive;
- coerente tra i diversi professionisti;
- documentata in modo puntuale.

È fatto divieto di comunicazioni improvvisate o non coordinate; false rassicurazioni; omissioni sistematiche non motivate;

10. COMUNICAZIONE DEL DECESSO

Chi comunica: medico responsabile o professionista formato

Modalità operative:

- ambiente riservato
- presenza di almeno due operatori se possibile
- linguaggio chiaro (“è deceduto”, evitare eufemismi)
- tempo per reazioni emotive
- spiegazione dei passaggi successivi (certificazioni, tempi, riferimenti)
- possibilità di supporto psicologico o spirituale

11. COMUNICAZIONE NELLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

I Principi fondamentali: La comunicazione sulla donazione deve essere:

- separata dalla comunicazione del decesso
- rispettosa dei tempi emotivi
- non coercitiva
- chiara e trasparente

Comunicazione della possibilità di donazione

Chi comunica: personale sanitario formato e autorizzato

Modalità operative:

Fase 1 – Comunicazione del decesso o dell’accertamento di morte

Il decesso (o l’accertamento di morte) deve essere stato:

- comunicato chiaramente;
- compreso dai familiari;
- emotivamente elaborato almeno in fase iniziale.

È assolutamente vietato:

- comunicare donazione prima della piena comprensione del decesso;
- utilizzare formulazioni ambigue o tecniche.

Fase 2 – Valutazione del contesto emotivo e relazionale

Prima di introdurre il tema della donazione, l’operatore deve valutare:

- stato emotivo dei familiari;
- dinamiche familiari e decisionali;
- eventuali fragilità psicologiche;
- presenza di conflitti interni;
- contesto culturale e religioso.

Questa valutazione deve orientare **tempi e modalità** della comunicazione.

Fase 3 – Verifica della volontà del donatore

L’operatore deve:

- verificare l’esistenza di una volontà espressa in vita (registrazioni, dichiarazioni, documentazione);
- distinguere chiaramente:

- volontà del donatore
- ruolo dei familiari nella conferma o testimonianza.

Quando la volontà del donatore è documentata, essa **prevale**.

Fase 4 – Introduzione del tema della donazione

L'introduzione deve avvenire:

- in ambiente riservato;
- con linguaggio chiaro e rispettoso;
- senza tecnicismi;
- distinguendo nettamente:
 - fase di cura (conclusa)
 - fase di donazione (eventuale).

È obbligatorio chiarire che:

- la donazione **non ha alcun impatto** sulle cure ricevute;
- la decisione è **libera e revocabile**;
- è garantito il massimo rispetto per il corpo del donatore.

Fase 5 – Informazione strutturata sulla donazione

Devono essere fornite informazioni essenziali su:

- cosa significa donare;
- quali organi o tessuti possono essere coinvolti;
- come avviene il processo;
- tempi e modalità;
- tutela della dignità del donatore;
- anonimato e tracciabilità.

È vietato:

- enfatizzare benefici sociali in modo persuasivo;
- minimizzare l'impatto emotivo;
- utilizzare linguaggio moralmente orientato.

Fase 6 – Tempo di riflessione e ascolto

L'operatore deve:

- lasciare tempo adeguato alla riflessione;
- favorire domande e chiarimenti;
- ascoltare dubbi, timori e resistenze;
- evitare sollecitazioni improprie.

Fase 7 – Raccolta e formalizzazione della decisione

La decisione:

- deve essere esplicitata chiaramente;
- deve essere rispettata in ogni caso;
- deve essere documentata secondo le procedure aziendali.

Il rifiuto **non richiede motivazione** e non deve essere oggetto di giudizio.

12. COMUNICAZIONE INTERCULTURALE E MULTILINGUISTICA

Modalità operative:

- utilizzo di mediatori culturali
- evitare l'uso di minori come interpreti

- adattare la comunicazione a valori culturali e religiosi
- verificare sempre la comprensione

12.1. La comunicazione a soggetti terzi (Familiari/Persone designate)

La comunicazione con i soggetti terzi è finalizzata a garantire un passaggio costante e tempestivo di informazioni, riducendo l'ansia dei familiari e mantenendo la relazione affettiva con il paziente, specialmente in contesti di isolamento o emergenza.

12.2. Autorizzazione e Individuazione dei Destinatari

Diritto alla Scelta: Il paziente ha il diritto fondamentale di indicare le persone autorizzate a ricevere informazioni cliniche che lo riguardano. Specularmente, ha il diritto di richiedere che i dati relativi alla propria malattia rimangano segreti o che nessuno sia informato della sua presenza in struttura.

Modulo di Autorizzazione: All'accesso del paziente, devono essere acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e alle modalità di comunicazione di notizie sullo stato di salute a terzi.

In particolare:

- Nel caso di accesso tramite Pronto Soccorso, il consenso al trattamento dei dati personali e l'indicazione dei nominativi dei familiari o soggetti autorizzati a ricevere informazioni sullo stato di salute (di norma fino a un massimo di due persone) vengono raccolti dal personale di Pronto Soccorso al momento dell'accettazione, attraverso il portale gestionale di PS.
- Qualora tale raccolta non sia possibile in quella fase, oppure nei casi di accesso tramite ambulatorio o con altre modalità, al paziente deve essere consegnata e illustrata l'Informativa Privacy e deve essere acquisito il consenso al trattamento dei dati personali e, se espresso, l'elenco dei nominativi autorizzati a ricevere informazioni sullo stato di salute, mediante l'apposito modulo del Sistema di Gestione Privacy aziendale denominato **“Informativa sul Trattamento dei Dati Personali Utenti – Pazienti”**, revisionato il 12.09.2025, disponibile sul sito aziendale nella sezione Privacy e allegato alla presente procedura (allegato 01).

In ogni caso, la volontà del paziente in merito al trattamento dei dati e alla comunicazione di informazioni a terzi deve essere chiaramente registrata e rispettata lungo tutto il percorso di cura.

Soggetti non collaboranti: Se il paziente non è in grado di determinarsi autonomamente o non è collaborante, il modulo deve essere compilato dal rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno) o, in subordine, dall'accompagnatore.

13. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Nota: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

Descrizione dell'attività	Operatore sanitario	Direttore /Responsabile di UO/Servizio /Funzione	Dir. Medico di PO/ DS	Direzione Generale/Ufficio Stampa/UOSD Comunicazione	Risk Manager	Referente Privacy/ DPO
Garanzia dei Diritti (es. Informazione, Privacy, Dignità)	C	R	C	C	C	R
Promozione dell'Ascolto Attivo e del Coinvolgimento	R	R	C	C	I	
Avvertire con tempestività il Direttore/Resp. di UO di evento che sta accadendo/è accaduto	R	C	C	I	C	
Gestione dell'evento avverso e segnalazione nel sistema di incident reporting	C	R	C	I	R	I
Comunicazione dell'accaduto ai pazienti/caregivers/familiari (Colloquio)	C	R	C	C	C	

14. MONITORAGGIO

INDICATORI	VALORI ATTESI	FONTE DEI DATI	PERIODICITÀ	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO
Percentuale di soddisfazione dei colloqui con il personale	≥ 70%	Questionari customer Satisfaction dedicati	Annuale	UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico
N. reclami per problematiche di comunicazione (Diritti/Ascolto) / N. totale reclami	< 10%	URP / Rischio Clinico	Annuale	UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico
Evento formativo sulla comunicazione/ anno	1/anno	UOC Formazione/UOSD Comunicazione	Annuale	UOC Sviluppo Organizzativo, Formazione e Bilancio Sociale UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico

15. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

La presente procedura verrà diffusa a tutto il personale e pubblicata sul sito internet aziendale.

16. RIFERIMENTI NORMATIVI

Livello costituzionale e leggi nazionali

- **Costituzione della Repubblica Italiana**, art. 32 – diritto alla salute e limiti ai trattamenti sanitari.
- **Legge 8 marzo 2017, n. 24** (“Gelli-Bianco”) – sicurezza delle cure, gestione del rischio clinico, responsabilità delle strutture e dei professionisti.
- **Legge 22 dicembre 2017, n. 219** – consenso informato, relazione di cura, disposizioni anticipate di trattamento.

Accordi, linee guida e raccomandazioni su rischio clinico ed eventi avversi

- **Intesa/Accordo Conferenza Stato-Regioni 20 marzo 2008** sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti (funzioni aziendali di risk management, sistemi di segnalazione eventi avversi e sentinella).
- **Linee guida Ministero della Salute “Gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità”** (giugno 2011), su gestione di eventi e quasi eventi e modalità di comunicazione a pazienti, familiari e media.
- **Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure e il rischio clinico** (eventi sentinella, incident reporting, buone pratiche).

Diritti dei pazienti e carte dei servizi

- **Carta europea dei diritti del malato** (Bruxelles, 15 novembre 2002) – 14 diritti del paziente (informazione, consenso, sicurezza, reclamo, ecc.).

- **Carta dei Servizi del SSR e delle Aziende sanitarie**, con esplicitazione di diritti, doveri, standard di qualità e strumenti di tutela degli utenti.
- **Carta dei Servizi ASL Latina** (ultima revisione vigente), con diritti e doveri degli utenti e modalità di informazione e partecipazione.
- **Linee guida Regione Lazio per l'elaborazione delle Carte dei Servizi nel SSR** – Decreto Commissario ad Acta n. U00311 del 6/10/2014.