

# Vademecum comportamentale rivolto al personale sanitario della Continuità Assistenziale (CA) e delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), per la gestione delle comunicazioni con i pazienti e i loro familiari, nell'ambito dell'emergenza COVID-19.

Dott. Guido Rolle, medico di CAATS Brianza e Lecco, specialista in psicoterapia comportamentale e cognitiva.

Dott. Andrea Crocetti, psicologo specialista in psicoterapia comportamentale e cognitiva, docente ASIPSE Milano.

Dott. Andrea Mazzola, psicologo specialista in psicoterapia comportamentale e cognitiva, ASST Lecco.

Dott.ssa Marta Romanò, psicologa specialista in psicoterapia comportamentale e cognitiva, Fondazione Don Gnocchi, Varese.

Aprile 2020

## Indice

INTRODUZIONE .....	2
COMUNICAZIONE TELEFONICA .....	2
Generalità.....	2
Gestione telefonica delle manifestazioni ansiose eccessive .....	3
Gestione telefonica della rabbia .....	4
Comunicazione di una diagnosi o prognosi negativa/inafausta .....	5
CONTESTO DOMICILIARE e AMBULATORIALE .....	5
Generalità.....	5
Gestione delle manifestazioni ansiose eccessive durante la visita .....	6
Gestione della rabbia.....	6
Comunicazione di una diagnosi o prognosi negativa/inafausta .....	7
Gestire il lutto dei parenti .....	8
POSSIBILI CONVINZIONI DISFUNZIONALI DEL SANITARIO, DARICONOSCERE E RIFORMULARE.....	8
Bibliografia .....	9

## INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV-2 sta mettendo a dura prova non solo il personale sanitario ospedaliero ma anche territoriale, a causa sia dell'incremento dei flussi di chiamate e richieste di intervento, sia degli aspetti psico-sociali correlati: isolamento, ansia, paura, panico, lutto.

Lo scopo del presente fascicolo è fornire al personale sanitario della Continuità Assistenziale e delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale delle indicazioni per migliorare la gestione degli aspetti comunicativi e relazionali, particolarmente cruciali in questa fase storica del Sistema Sanitario Nazionale.

I contesti considerati sono quelli tipici dell'attività di CA: valutazione telefonica, visita domiciliare e visita ambulatoriale. I comportamenti indicati sono finalizzati a migliorare l'interazione del sanitario con il paziente e con i famigliari.

I vantaggi attesi per il paziente e per i famigliari sono: miglioramento della comprensione delle indicazioni e delle informazioni ricevute; riduzione dell'ansia e di altri aspetti psicologici disfunzionali; miglioramento dei comportamenti funzionali ad una corretta gestione della malattia. I vantaggi che ne derivano per il sanitario sono: miglioramento dell'efficacia nella gestione dei problemi clinici; incremento di self-confidence; riduzione dello stress psico-fisico lavoro correlato.

## COMUNICAZIONE TELEFONICA

### Generalità

La telefonata può essere divisa in tre passaggi: apertura, comunicazione e chiusura. Se possibile, è preferibile comunicare direttamente con il paziente, oppure con il care-giver.

### Apertura

Quando è possibile, prima di rispondere al telefono o tra una telefonata e l'altra, dedicare qualche secondo o minuto per recuperare il contatto con il proprio sé, per centrarsi: portare attenzione al proprio corpo, alle percezioni sensoriali, all'ambiente in cui ci si trova. Iniziare la conversazione salutando, a seguire presentarsi e indicare il proprio ruolo: questi semplici elementi creano nell'interlocutore un quadro di riferimento.

Fin dalle prime battute modulare il tono della voce, in modo che sia il più empatico possibile: si tratta di un feedback determinante nell'ambito di una comunicazione telefonica. Aspetti quali musicalità, variazioni o atipie del tono e/o del ritmo sono in grado di ridurre la critica del soggetto e incrementare aspettativa e fiducia. Rallentare la comunicazione: la fretta e l'apprensione percepite dal paziente/famigliare aumentano lo stato di allerta e il disagio.

## Comunicazione

Lasciar parlare l'interlocutore senza interrompere, almeno fino a quando non rallenta la comunicazione o fa una pausa/pone una domanda.

Comunicare in modo chiaro e sintetico. Informare in modo corretto e completo, secondo le evidenze disponibili. Evitare termini tecnici; se utilizzati vanno spiegati.

Lasciare il tempo necessario alle domande. Rispondere alle domande fornendo le informazioni disponibili, mantenendo un tono di voce modulato, parlando lentamente. Se possibile, evitare informazioni superflue potenzialmente ansiogene o traumatizzanti.

Riconoscere e manifestare in modo onesto eventuali dubbi personali o professionali, gli eventuali limiti delle attuali conoscenze scientifiche. Se si comunicano informazioni negative e spiacevoli, chiamare il paziente/famigliare per nome e aggiungere elementi ragionevolmente positivi che possano infondere speranza. Esempio: *“è vero Carla, suo marito è peggiorato, ma ci aspettiamo che questo farmaco possa aiutarlo a superare questa fase”*, oppure: *“Adesso Giovanni sta attraversando un momento delicato, ma per qualunque esigenza può ricontattare il servizio e la aiuteremo”*, oppure: *“Sua moglie si è ammalata ma ha tutte le possibilità per guarire”*.

Riconoscere e gestire eventuali manifestazioni ansiose del paziente/famigliare (vedi oltre). Riconoscere ed accettare la propria emotività negativa (ansia, nervosismo, rabbia, tristezza etc.) nel corso della telefonata, senza giudicarsi o colpevolizzarsi.

## Chiusura

Fornire informazioni di ordine pratico e tecnico: spiegare cosa accadrà in seguito, cosa ci si aspetta, cosa fare in caso di peggioramento, fornire contatti telefonici utili, compreso il contatto di un servizio di assistenza psicologica.

A fine telefonata, concedersi qualche secondo/minuto per esplorare la propria condizione psicofisica, il proprio stato emozionale, senza giudicarsi.

## Gestione telefonica delle manifestazioni ansiose eccessive

### 1. Notifica

*“Sento da come parla che è molto agitato/preoccupato per questa situazione...”*

### 2. Validazione empatica

*“Capisco come si sente...chiunque si sentirebbe come Lei in questa situazione...provare molta ansia/preoccupazione è normale”.*

### 3. Psico-educazione

*“Tenga presente che se prende il sopravvento su di Lei, l'ansia diventa essa stessa un problema, rendendo più difficile la gestione del problema stesso per Lei e per quelli che vogliono aiutarla”.*

4. Consegna cooperativa  
*“Le propongo di proseguire in modo più lineare, in modo che possa aiutarla al meglio”.*
5. Consegna strategica (distrazione, de-focalizzazione dall'ansia)  
*“Per esempio, adesso valutiamo il respiro: trattenga il fiato mentre io conto i secondi, mi dica quando riprende a respirare”.*  
*“Per esempio, è utile sapere quante volte il malato respira in un minuto, osservando il movimento dell'addome e del torace: quando è pronto/a me lo dica, in modo che io possa iniziare il conteggio”.*

## Gestione telefonica della rabbia

1. Notifica  
*“Sento da come parla che è arrabbiato per questa situazione...”, “Mi sembra arrabbiato”*
2. Validazione empatica  
*“Ne ha tutti i motivi...capisco che in una situazione come questa una persona possa sentirsi arrabbiata/o...capisco la sua rabbia in questo momento”*
3. Psico-educazione  
*“Tenga presente che se prende il sopravvento su di Lei, la rabbia diventa essa stessa un problema, rendendo più difficile la gestione del problema stesso per Lei e per quelli che vogliono aiutarla”.*
4. Consegna cooperativa  
*“Le propongo di proseguire in modo più lineare, in modo che possa aiutarla al meglio”.*
5. Consegna strategica (distrazione, de-focalizzazione dalla rabbia)  
*“Per esempio, adesso valutiamo il respiro: trattenga il fiato mentre io conto i secondi, mi dica quando riprende a respirare”.*  
*“Per esempio, è utile sapere quante volte il malato respira in un minuto, osservando il movimento dell'addome e del torace: quando è pronto/a me lo dica, in modo che io possa iniziare il conteggio”.*

Evitare esortazioni dirette e immediate alla calma: potrebbero incrementare la rabbia. Se possibile, mantenere un tono di voce fermo, il volume basso. Balbuzie, incertezze nell'espressione verbale, mancanza di fiato sono sintomi normali in questi casi, meglio non giudicarsi o colpevolizzarsi, anzi potrebbero essere sfruttati: *“Mi viene anche da balbettare, sono in difficoltà... se potesse diminuire un poco quella rabbia sarebbe meglio per entrambi, per capirsi e fare la cosa migliore”.*

La rabbia eccessiva è talmente controproducente (incomunicabilità, rischio di conflitto verbale) che il sanitario può considerare questa opzione comunicativa, in assenza di urgenze/emergenze cliniche: *“Se vuole che questa conversazione continui, allora il suo tono deve cambiare, altrimenti è meglio che ci risentiamo tra dieci minuti”.* Se la rabbia sfocia nella minaccia o nell'offesa, dire: *“Sono un pubblico ufficiale, quello che sta dicendo è passibile di denuncia, se ne rende conto? Per il suo bene (per il bene del malato) adesso questa conversazione termina e ci sentiamo quando avrà recuperato lucidità e calma. La saluto”.*

## Comunicazione di una diagnosi o prognosi negativa/infausta

Sentirsi molto a disagio, tesi o preoccupati quando si deve comunicare una prognosi o diagnosi negativa al telefono è normale e naturale. Tutti gli elementi di una comunicazione efficace esposti sopra diventano fondamentali. È utile chiamare la persona per nome, prepararla psicologicamente con una formula generica (es. *“purtroppo le sto per dare una cattiva notizia”*, oppure *“temo sia qualcosa di più che un’influenza”*), comunicare la notizia negativa in modo diretto ma accompagnata da motivazioni e spiegazioni chiare e sintetiche. Più il tempo di comunicazione di una brutta notizia è prolungato, più la persona è esposta a stress e rischio di traumatizzazione.

Se attuata la sedazione farmacologica pre-morte, spiegare delicatamente la funzione di questa (es. *“Grazie alla sedazione, Carlo viene accompagnato dolcemente senza soffrire verso la morte”*).

Lasciare il tempo necessario al silenzio e al pianto dopo la comunicazione, anche se è difficile per il senso di impotenza che si sperimenta. Se lo si ritiene opportuno, si può interrompere di tanto in tanto il silenzio o il pianto con semplici parole: *“mi spiace”*.

Lasciare il tempo di fare domande, eventualmente stimolarle. Nelle risposte, evitare informazioni potenzialmente angosciose o traumatizzanti. Se possibile, aggiungere elementi ragionevolmente positivi che possano infondere speranza, o quantomeno manifestare un appoggio umano/morale. Fornire i contatti per un’assistenza psicologica.

## CONTESTO DOMICILIARE e AMBULATORIALE

### Generalità

Gestire la comunicazione frontalmente con il paziente e con i parenti, mantenendo un buon aggancio visivo, pur rispettando un’eventuale distanza di sicurezza.

Chiamare il paziente per nome.

Informare in modo corretto e completo, secondo le evidenze disponibili.

Riconoscere e manifestare in modo onesto eventuali dubbi personali o professionali, gli eventuali limiti delle attuali conoscenze scientifiche.

Terminare le frasi, se possibile, con elementi ragionevolmente positivi, riguardanti ad esempio la possibilità di follow-up telefonico, i servizi disponibili, la prognosi, la presa in carico, etc.

Riconoscere e gestire eventuali manifestazioni ansiose di pazienti e famigliari.

Riconoscere ed accettare la propria emotività negativa (ansia, rabbia, tristezza, etc.)

## Gestione delle manifestazioni ansiose eccessive durante la visita

1. Notifica  
*“Vedo che è molto agitato/preoccupato per questa situazione...”*
2. Validazione empatica  
*“Capisco come si sente...chiunque si sentirebbe come Lei in questa situazione...provare molta ansia/preoccupazione è normale”*
3. Psico-educazione  
*“Tenga presente che se prende il sopravvento su di Lei, l'ansia diventa essa stessa un problema, rendendo più difficile la gestione del problema stesso per Lei e per quelli che possono aiutarla”.*
4. Consegna cooperativa  
*“Le propongo di proseguire in modo più lineare, in modo che possa aiutarla al meglio”.*
5. Consegna strategica (distrazione, de-focalizzazione)  
*“Per esempio, adesso valutiamo il respiro: mentre io la osservo, conti mentalmente partendo da 100 e togliendo 3 ogni volta”.*  
*“Per esempio, è utile sapere quante volte il malato respira in un minuto, mi aiuti con il conteggio mentre io osservo la respirazione”.*
6. Consegna strategica al bisogno (distrazione, de-focalizzazione)  
Considerare la possibilità di insegnare al paziente/famigliare un semplice esercizio che permette di contenere l'ansia, la preoccupazione e lo stress eccessivi. *“Quando Le capita di sentire che l'ansia/preoccupazione/stress stanno aumentando, porti lo sguardo leggermente verso l'alto e inizi a stringere alternativamente il pugno destro e quello sinistro, fino a quando non sente che la tensione e l'ansia sono diminuite”.* Far vedere l'esercizio.

N.B. si consiglia al sanitario di sperimentare l'esercizio autonomamente, soprattutto in situazioni di disagio/ansia/stress, per risultare più convincente durante l'esposizione di questa strategia di regolazione dell'ansia.

## Gestione della rabbia

1. Notifica  
*“Vedo da come si comporta che è arrabbiato per questa situazione...”*
2. Validazione empatica  
*“Ne ha tutti i motivi...capisco che in una situazione come questa una persona possa sentirsi arrabbiata...capisco la sua rabbia in questo momento”*
3. Psico-educazione  
*“Tenga presente che se prende il sopravvento su di Lei, la rabbia diventa essa stessa un problema, rendendo più difficile la gestione del problema stesso per Lei e per quelli che possono aiutarla”.*
4. Consegna cooperativa  
*“Le propongo di proseguire in modo più lineare, in modo che possa aiutarla al meglio”.*

Evitare esortazioni immediate alla calma, potrebbero incrementare la rabbia. Se possibile, mantenere un tono di voce fermo, il volume basso. Mantenere un contatto oculare flessibile, mobile, evitando di fissare (sfida) o di abbassare lo sguardo (vittimismo, resa). Balbuzie, incertezze nell'espressione verbale, mancanza di fiato sono sintomi normali in questi casi, meglio non giudicarsi o colpevolizzarsi, anzi potrebbero essere sfruttati: *“Mi viene anche da balbettare, sono in difficoltà... se potesse diminuire un poco quella rabbia sarebbe meglio per entrambi, per capirsi e fare la cosa migliore”*.

La rabbia eccessiva è talmente controproducente (incomunicabilità, rischio di conflitto verbale/fisico) che il sanitario può considerare questo tipo di comunicazione, in assenza di urgenze/emergenze cliniche: *“Se vuole che questa visita continui, allora il suo tono deve cambiare, altrimenti meglio rimandarla a più tardi”*. Se la rabbia sfocia nella minaccia o nell'offesa, dire: *“Sono un pubblico ufficiale, quello che sta dicendo è passibile di denuncia, se ne rende conto? Per il suo bene (o per il bene del malato) adesso questa visita termina e ci sentiamo quando avrà recuperato lucidità e calma. La saluto”*. Considerare la possibilità di contattare le Forze dell'Ordine per un intervento congiunto.

### Comunicazione di una diagnosi o prognosi negativa/infausta

Sentirsi molto a disagio, tesi o preoccupati quando si deve comunicare una prognosi o diagnosi negativa è normale. Quando è possibile, dedicare qualche secondo o minuto per recuperare il contatto con il proprio sé: portare attenzione al proprio corpo, alle percezioni sensoriali, all'ambiente in cui ci si trova. Modulare il tono della voce in modo che sia il più empatico possibile. Rallentare la comunicazione: la fretta e l'apprensione percepite dal paziente/famigliare aumentano lo stato di allerta e il disagio. Comunicare frontalmente, nella stessa posizione o alla stessa altezza della persona se possibile, mantenendo il contatto oculare. La postura è aperta e sufficientemente rilassata, non svolgere altre attività durante la comunicazione (es. sistemare la borsa, scrivere, etc.).

Esordire in modo generico ma indicativo: *“Purtroppo, temo che le cose siano più serie di quanto avessimo pensato...”*, oppure: *“Mi spiace, ma la situazione è peggiore di quanto Lei pensasse”*.

Tollerare una sospensione dopo la comunicazione. Lasciare il tempo al pianto, al silenzio, all'elaborazione. Più aumenta il tempo di una comunicazione di questo tipo, infatti, più aumenta il rischio di traumatizzazione psicologica. Se lo si ritiene opportuno, si può interrompere di tanto in tanto il silenzio o il pianto con semplici parole: *“mi spiace”*.

Lasciare il tempo per le domande, eventualmente sollecitarle. Nelle risposte, evitare informazioni potenzialmente angoscianti o traumatizzanti.

Fornire una rassicurazione sincera e realistica, quando possibile, rispetto alla malattia: *“Si farà tutto ciò che è necessario, la malattia è seria ma non senza speranza”*.

Pianificare i passi successivi, un percorso da seguire, esplicitare i riferimenti e le risorse disponibili.

Fornire i contatti per un servizio di assistenza psicologica.

## Gestire il lutto dei parenti

Esporsi alle manifestazioni del lutto con rispetto, non evitarlo. Tollerare il silenzio. Osservare le proprie reazioni emotive, non giudicarle. Esprimere dispiacere e condoglianze se possibile in modo affettivo, semplicemente mantenendo il contatto oculare e modulando il tono della voce. Fornire i contatti per un servizio di assistenza psicologica.

## POSSIBILI CONVINZIONI DISFUNZIONALI DEL SANITARIO, DA RICONOSCERE E RIFORMULARE

*“Non essendo disponibili trattamenti farmacologici adeguati, il mio intervento a domicilio serve a poco”.*

Riformulazione cognitiva: “Non ho a disposizione farmaci risolutivi, tuttavia posso migliorare altri aspetti dell'intervento sanitario”.

*“Dove la medicina non può altro, io non posso fare altro per il paziente”.*

Riformulazione cognitiva: “Se le conoscenze in ambito medico non possono aggiungere altro in questa situazione, io come medico e come persona posso comunque fare del mio meglio, potrei anche fare la differenza”. “Cosa farei o direi se questa persona fosse mio padre/madre, zio/zia, fratello/sorella, amico/a?”.

*“I sintomi ansiosi che i pazienti o i parenti manifestano mi infastidiscono, rappresentano un ostacolo al mio lavoro, spero sempre siano limitati, quando sono intensi non so come gestirli”.*

Riformulazione cognitiva: “I sintomi ansiosi che i pazienti e i parenti manifestano sono comprensibili, accettarli e gestirli almeno in parte fa parte del mio intervento”.

*“La comunicazione in medicina non fa molta differenza”.*

Riformulazione cognitiva: “Esistono numerose evidenze di efficacia a favore dell'effetto placebo (in cui rientra la comunicazione), il quale può sortire un effetto pari al 20-30% di un farmaco, oppure potenziare l'effetto del principio attivo di un farmaco somministrato”.

N.B.

Ai primi sintomi di burn-out (astenia protratta, apatia, anedonia, insonnia, inappetenza, irritabilità, scatti di rabbia, inappetenza), il sanitario contatti un servizio di assistenza psicologica.

## Bibliografia

Benedetti, F. (2012). *L'effetto placebo. Breve viaggio tra mente e corpo*. Roma: Carocci Editore.

Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Fioriti Editore.

Anchisi, R., Gambotto Dessy M. (2018). *Manuale di assertività. Teoria e pratica delle abilità relazionali: alla scoperta di sé e degli altri*. Milano: Franco Angeli Editore.

Regaldo, G. (2014). *Manuale di ipnosi medica rapida*. Narcissus Editore.

Grassi, L., Biondi, M., Costantini, A. (2009). La comunicazione col paziente e la famiglia. *Manuale pratico di psico-oncologia* (pp.105-127). Roma: il Pensiero Scientifico Editore.

Contatti:

[guidorolle@libero.it](mailto:guidorolle@libero.it)

[andrea.crocetti78@gmail.com](mailto:andrea.crocetti78@gmail.com)

[romano.marta@libero.it](mailto:romano.marta@libero.it)

[a.felice.mazzola@gmail.com](mailto:a.felice.mazzola@gmail.com)