



“Nulla è piccolo per una grande mente”, sentenziò Holmes.”

— Arthur Conan Doyle, *Uno studio in rosso*

Decision Making

Nella vita quotidiana si prendono continuamente decisioni: in alcuni casi queste sono automatiche, mentre in altri casi prendere una decisione può essere un processo più lungo, impegnativo e complesso; per questo motivo il decision making caratterizza alcuni dei più importanti eventi della vita.

su due piedi

loc.avv.

CO

senza indugio, immediatamente, all'improvviso: così su due p
rispondere

Disposizioni anticipate di trattamento (testamento biologico)

È una manifestazione di volontà dell'interessato per esprimere il proprio consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici scelte terapeutiche o singoli trattamenti sanitari: **è un diritto di ogni persona maggiorenne, capace di intendere e volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.**

La persona interessata, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, deve redigere le DAT in forma scritta attraverso:

- atto pubblico ricevuto da un notaio
- scrittura privata autenticata da un notaio
- scrittura privata consegnata personalmente all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di residenza



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Padua Thesis and Dissertation Archive / Tesi / Lauree triennali

La barriera linguistica tra infermieri e pazienti: revisione della letteratura

OPARA, UCHECHI SONIA

2021/2022

Abstract

Abstract

INTRODUZIONE: La barriera linguistica è definita come un ostacolo alla comunicazione, dovuto principalmente all'uso di lingue, dialetti o gerghi diversi tra due o più interlocutori. La globalizzazione e l'incremento dei flussi migratori comportano un aumento della probabilità che si frapponga una barriera linguistica tra gli operatori sanitari ed i pazienti all'interno del sistema sanitario. Se da una parte le varietà culturali sono arricchenti per le società, dall'altra le barriere linguistiche che ne derivano possono determinare in ambito sanitario importanti conseguenze negative per la salute, come diagnosi errate e prolungamento dei tempi di cura. **OBIETTIVO:** L'obiettivo di questo studio è quello di indagare quali sono le conseguenze per i pazienti e per gli operatori sanitari che sperimentano il fenomeno della barriera linguistica e quali possono essere le strategie più efficaci per contrastarle rendendo la comunicazione più efficace. **METODI.** È stata redatta una revisione della letteratura mediante consultazione delle banche dati Scopus, Pubmed e Cinahl. Sono stati ricercati articoli che riguardassero pazienti adulti stranieri e che fossero stati pubblicati non più di 10 anni fa. **RISULTATI.** Sono stati selezionati 20 articoli che rispondevano ai criteri di inclusione: 1 revisione di letteratura, 13 studi qualitativi, 3 studi quantitativi, 3 studi con metodo misto. **DISCUSSIONE.** Dall'analisi degli articoli sono emersi vari temi. Per quanto riguarda le conseguenze della barriera linguistica sui pazienti sono emersi tre temi: discriminazione e razzismo, incomprensione e cattiva comunicazione, disparità nella qualità dell'assistenza sanitaria. Circa le conseguenze verso infermieri e operatori sanitari sono emersi tre temi: sensazione di inefficienza sul lavoro, vincolo temporale e distress. Sono state individuate sei strategie possibili per il superamento della barriera linguistica: l'utilizzo di interpreti, preferibilmente con una formazione complementare sanitaria, la traduzione automatica per mezzo di app, il "video-interpretariato" da remoto, personale bilingue, l'aumento della competenza culturale anche attraverso programmi educativi, e altri. **CONCLUSIONI.** Dalla revisione è emerso che le barriere linguistiche nell'assistenza sanitaria possono avere conseguenze gravi sui pazienti ed influenzare emotivamente anche gli operatori sanitari. La presente analisi ha anche discusso vari modi riportati dalla letteratura per mitigare l'effetto delle barriere linguistiche e sono stati evidenziati alcuni suggerimenti. Questo studio potrebbe essere una base per ulteriori studi sulle barriere linguistiche nell'assistenza sanitaria.

Una **barriera di comunicazione** è qualsiasi fattore che interferisce con la trasmissione e la ricezione di un messaggio, rendendo difficile una comunicazione efficace. Queste barriere possono essere fisiche, linguistiche, **culturali, psicologiche**, o di altro tipo.

Salute in rete, Dr Google usato da 9 italiani su 10

Strumenti e tecnologie



Paziente affetto da SLA

Tetraplegia

Disfagia

Afasia

SUBENTRA ACUZIA RESPIRATORIA

SpO₂ < 50 % (Curva
buona)

MANCANO D.A.T.

**PARERI CONTRASTANTI IN FAMIGLIA SUL DA
FARSI**

Genitori: NO ACCANIMENTO!

Moglie in Romania. Via telefono.

Perplessa sul da farsi . . .

Tento NIV → SCARSO
MIGLIORAMENTO.

SOSPENDO NIV

**AVVIO SEDAZIONE
PALLIATIVA.**

Diversamente, se le terapie sono straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi, e dunque l'esito previsto non è la guarigione, bensì un prolungamento penoso della vita, **non c'è colpa od omissione** ed è legittimo sospendere le cure, poiché si ha solo la rinuncia all'*accanimento terapeutico*. **Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire.**

La moglie richiama nel pomeriggio.
Video - Telefonata registrata. «Il
paziente è da intubare e portare in
ospedale!»

oppositivo

oppositivo agg. [der. del lat. *oppositus*: v. *opposito*], non com.
Che tende ad andare in senso contrario, a fare opposizione, a
contrastare qualche cosa.

DAL VOCABOLARIO

scontroso

scontroso agg. [der. di *scontrare*]. – Restio a instaurare rapporti
interpersonali, poco socievole e affabile, suscettibile e permaloso: un
ragazzo chiuso e s.; una persona riservata e un po' s.; è così s. da
rendersi antipatico a tutti; coi compagni di scuola andava poco
d'accordo perché era diffidente e scontroso (Deledda); non era
scontroso, stava allo scherzo, alla battuta (Pratolini); anche come
sost.: via, non fare lo s.!, la s.!, non sopporto gli scontrosi. Per
estens., di ciò che denota scontro: un atteggiamento, un modo
di fare s.; un atto, un gesto s.; una risposta s.

Ho due
soluzioni
i:



GIOVANNI SIMONETTI

MEDICINA DIFENSIVA



IDELSON-GNOCCHI



*La medicina difensiva è una pratica in cui i medici, nel trattare i pazienti, adottano comportamenti e decisioni aggiuntive **per proteggersi da possibili azioni legali, piuttosto che per il puro benessere del paziente.** Questo può includere prescrizioni extra, visite di controllo aggiuntive o, al contrario, evitare pazienti o trattamenti ad alto rischio.*

La medicina difensiva si verifica quando i medici, in particolare, sono più preoccupati di evitare potenziali contenziosi legali piuttosto che di fornire il miglior trattamento possibile per il paziente.

Questa pratica **può portare a conseguenze negative**, come:

Aumento dei costi del sistema sanitario:

La medicina difensiva, con le sue prescrizioni aggiuntive e visite di controllo, contribuisce a un aumento della spesa sanitaria, come evidenziato da AGENSAS.

Esposizione a rischi per il paziente:

Alcune *procedure aggiuntive o esami possono essere dannosi o non necessari per il paziente*, e i medici che praticano medicina difensiva potrebbero non considerare attentamente questi rischi.

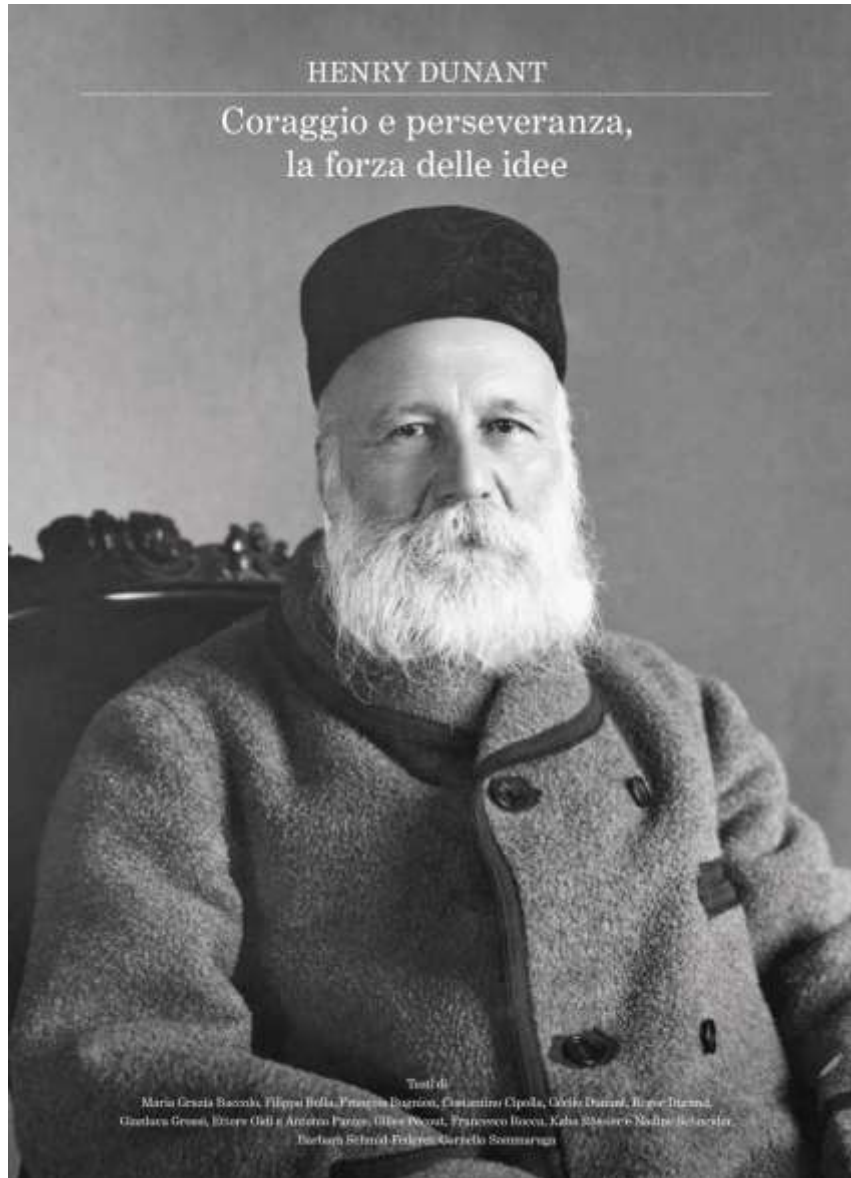
OPPURE . . .

PORTO

AVANTI LE

MIE IDEE

?





mettersi nei panni

loc.v.

CO

immedesimarsi nelle condizioni altrui: mettersi nei panni di qcn., metti nei miei panni!

**MOSTRO ALLA MOGLIE - VIA VIDEO CHIAMATA
- IL PAZIENTE.**

POI DOMANDO ?

**LEI, AL POSTO SUO, COSA
VORREBBE LE VENISSE
FATTO?**

La moglie riesce a rientrare dalla
Romania il giorno seguente.

Prende per mano il
marito.

È con lui nell'ora dell

Segue telefonata in cui
si scusa e mi ringrazia.



P A Z I E N T I I N G U A R I B I L I

M A N O N

I N C U R A B I L I



Il fine vita

Pazienti affetti da patologie croniche evolutive in fase avanzata, **per le quali le terapie mirate** alla stabilizzazione della malattia e/o al prolungamento significativo della vita **non siano “proporzionate”**

British Medical Association



L'obiettivo della medicina **non debba**
essere il prolungamento della vita a tutti i costi

2001

SIAARTI

*[. . . è eticamente **appropriato porre dei limiti** alle cure se diventa evidente che la loro prosecuzione non conduce a un esito favorevole ma **prolunga il processo di morire** comportando **un aggravio di sofferenze per il paziente . . .]***

L'ETICA DELLE CURE PALLIATIVE

- ▶ “promuovono la vita”
- ▶ “nè accelerano nè ritardano il decesso”

L' ACCANIMENTO TERAPEUTICO

- ▶ « **ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio** per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita »



▶ **"fine naturale" della vita** è quella alla quale una persona va incontro **nonostante il ricorso a mezzi di cura proporzionati. La rinuncia invece a mezzi sproporzionati quindi inutili o dannosi**, conclude Giovanni Paolo II citando le parole della Dichiarazione *Iura et bona* del 5 maggio 1980, **"non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte"**

F. Cancelli "La fine naturale della vita", Osservatore Romano, 19

RIMODULAZIONE = *intervento attivo*

vs.

ABBANDONO TERAPEUTICO

1. Identificare e **sospendere farmaci non appropriati**
2. Prescrivere **farmaci appropriati al controllo dei sintomi**
3. Prescrivere **la terapia al bisogno**
4. Scegliere **la via di somministrazione** meno invasiva



Sobria
Rispettosa
Giusta

Trattamento in eccesso scorretto

Inutilmente doloroso per il paziente

Utilizzo inappropriato dei mezzi di cura

Arreca danni fisici e psichici

Non rispettoso della dignità nel morire

Come avviene la comunicazione-relazione con il paziente e familiari del paziente morente



Fase finale «**quanti malintesi**»: dalla **comunicazione** alla **morfina**

- In uno studio del D.F. Cancer Institute di Boston, il **69%** dei pazienti affetti da Ca polmonare e l'**81%** dei pazienti affetti da Ca colon **erano convinti che le cure palliative avrebbero portato a guarigione.**

Nella congiuntura attuale, **la maggior parte delle morti prevedibili avvengono in ospedale** e la maggior parte delle morti ospedaliere **avvengono in medicina interna.** (10, 11)

Una volta interpellati sul fine vita **i malati manifestano la preferenza di morire a casa**, circondati degli **affetti famigliari**, piuttosto che in ospedale. (11, 13).

Il che, peraltro, **non coincide sempre con il pensiero dei famigliari**, nel momento di decidere.

Allo stato delle cose **l'ospedalizzazione dei malati critici in fine vita diventa una complicazione piuttosto che un ausilio** ad alleviare i problemi, perché **l'ospedale è mal preparato ad offrire cure centrate sui bisogni reali di questi pazienti, finendo con l'aggravare le sofferenze fisiche e psichiche, senza effettivi benefici.** (14)

Pressioni da parte del caregiver verso il medico per
rassicurazioni farmacologiche, visite a domicilio,
controlli urgenti,

**esami strumentali aggiuntivi
rivelatisi inutili.**

**ATTEGGIAMENTO CLINICO DIFENSIVO
PIÙ CHE OGGETTIVAMENTE DIAGNOSTICO.**

***“Il tempo dedicato
all’informazione,
alla comunicazione
e alla relazione
è tempo di cura.”***

**Giuseppe Gristina,
Recenti Progressi in Medicina, gennaio 2013.**

Morte come evento improvviso

Spesso **i familiari riferivano**
di non aver avuto informazioni,
o solo informazioni vaghe
sulla reale gravità delle condizioni del paziente
e di non aver potuto farsi un quadro chiaro della situazione.

PROBLEMATICHE LEGATE AI MASS MEDIA

Linee guida

I mass media

La politica

Il senso comune

La decisione di porre
un limite al trattamento



Contribuiscono a creare **confusione e allarmismo**

Utilizzo di termini medico-scientifici
in modo inappropriato o approssimativo

*How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis BMC Med. 2017; 15: 139.
Published 2017 Aug 2*

Come riconoscere un paziente alla fine della vita:

Esami strumentali?

Esami di laboratorio?

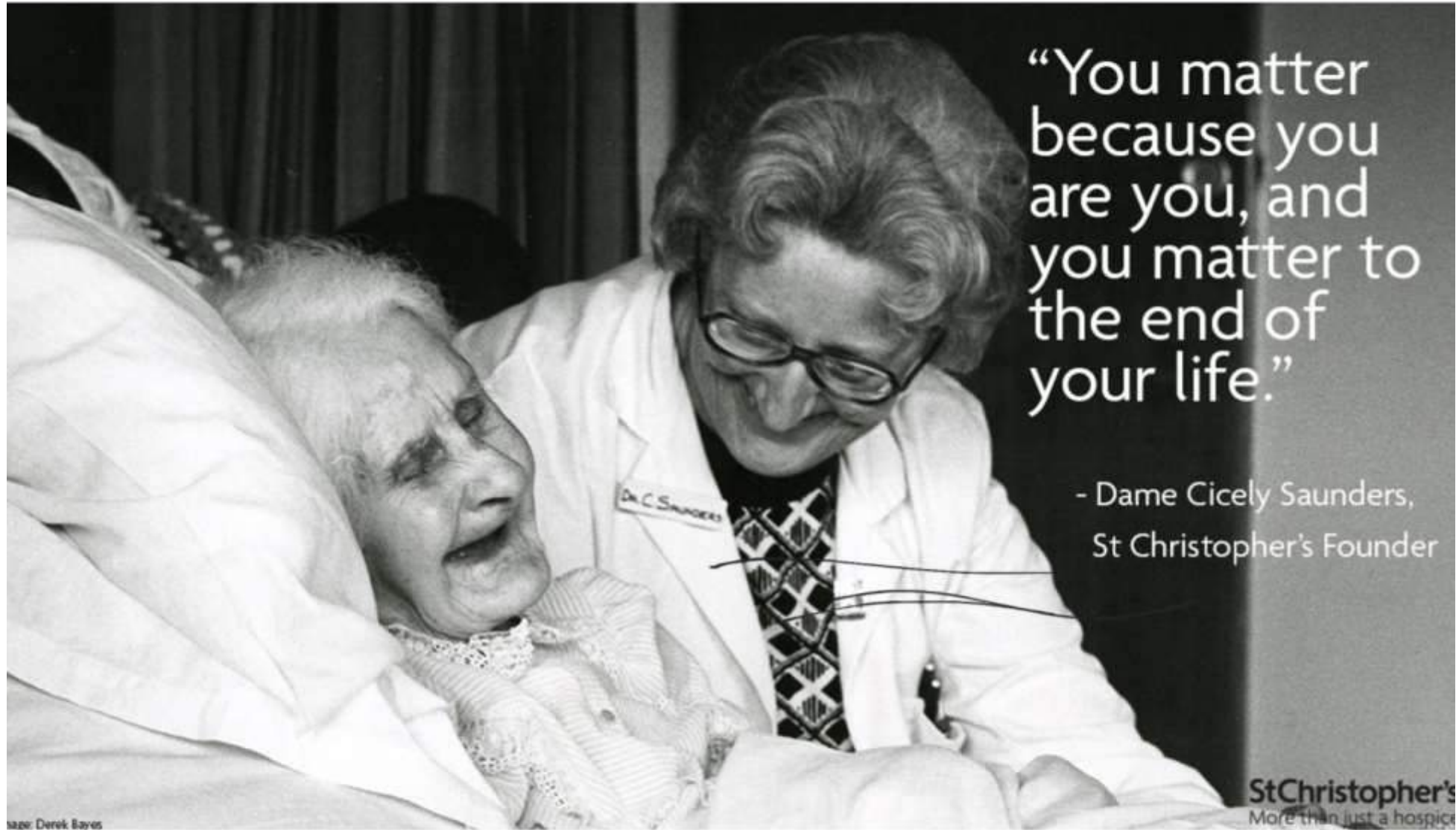
Competenza clinica

NASCITA DELLE CURE PALLIATIVE



La giornata delle cure palliative è l'11 novembre, festa di S. Martino.

Dame Cicely Saunders



“You matter because you are you, and you matter to the end of your life.”

- Dame Cicely Saunders,
St Christopher's Founder

StChristopher's
More than just a hospice

Barnet, 22 giugno 1918 - Londra, 14 luglio 2005

RIMODULAZIONE DELLA TERAPIA

Studio SAFE (safety alert for Frail Elderly) (4)

Sospensione di trattamenti divenuti ormai futili.
Sospendere trattamenti non più necessari.

Necessaria una revisione dei farmaci somministrati al domicilio.

Deprescrizione. (1)

Identificazione di prescrizioni inappropriate (doppia benzodiazepina, ASA senza anamnesi di vasculopatie ischemiche, digossina)

Stone PC, Lund S, Predicting prognosis in patients with advanced cancer, Annals of Oncology 2007; 18: 971-976

Studio europeo SHELTER

La prognosi non influenza la prescrizione (18)

elevata prevalenza di polifarmacoterapia (da 5 a 9 farmaci) e eccessiva farmacoterapia (più di 10 farmaci). (5)

Criteri START & STOP atti a valutare l'appropriatezza prescrittiva

Criteri di Beers – American Geriatric Society) – 2015 (6)

PPI, FANS, ipolipemizzanti

American College of Cardiology – 2016 (10)

Studi riportano che **il 50% dei deceduti ha ricevuto statine nei 6 mesi prima di morire.**

ATTENZIONE ALLE

PAROLE

TERMINALE



- ***"In medicina c'è una sofferta richiesta di parole - una volta pronunciate, non possono essere ritirate, perché la loro impronta rimane per sempre - specialmente alla fine della vita."***

- Paul Rousseau, JAMA 01.04.2013

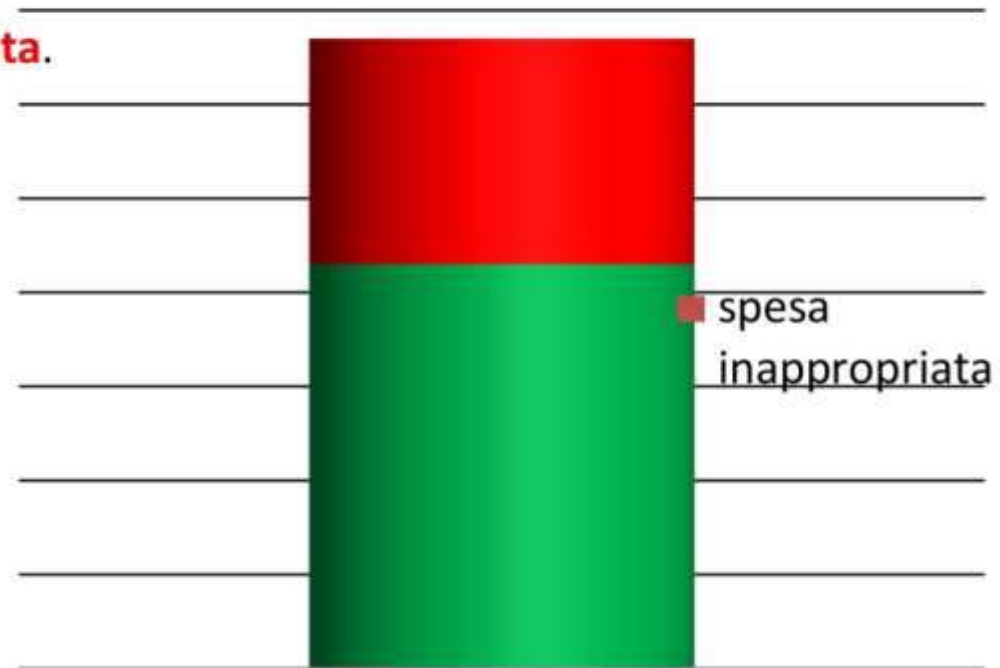
Problematiche legate alla spesa sanitaria

U.S.A. **30% spesa sanitaria** sia **inappropriata**.
(6)

In campo intensivistico **l'11%** dei pazienti **usufruisce di cure futili e dispendiose**

Sovrautilizzo delle risorse sanitarie.
Clima culturale della nostra epoca. (3)

Dati analoghi in campo oncologico, cardiologico (IMA/FA) (8)



Futilità: ogni *intervento diagnostico e terapeutico che non aggiunge significativa probabilità di miglioramento alla prognosi e il cui unico prevedibile risultato è prolungare un declino giudicato ormai irreversibile*

Imperativo tecnologico: Medici: prescrittori. Pazienti: fruitori (4) che spinge in qualsiasi situazione clinica verso l'intensificazione delle cure.
Unico obiettivo il prolungamento della sopravvivenza. (5)

FARE DI PIU' E' SEMPRE MEGLIO ?

2010 Grady e Redberg “ **Less is more**”

Archives of Internal Medicine

DO YOU REALLY NEED THAT TEST?



NUOVA UNIVERSALE EINAUDI

IPPOCRATE
L'ARTE DELLA MEDICINA

A cura di Carlo Carena



PROGNOSI FAVOREVOLE

E' UN MALE CHE CURERO'

PROGNOSI RISERVATA

E' UN MALE CHE COMBATTERO'

PROGNOSI INFAUSTA

E' UN MALE CHE NON CURERO'

AL MEDICO COME

«SINGOLO PROFESSIONISTA»

SI CHIEDE...

PROTEGGERE IL PAZIENTE

DALL'**ECESSO DI MEDICALIZZAZIONE**

(WONCA 2009)

GIURO :

di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura

CARLO LEGA

DEONTOLOGIA MEDICA

PRINCIPI GENERALI

PICCIN EDITORE PADOVA

DIGNITÀ E RISPETTO DELLA PERSONA

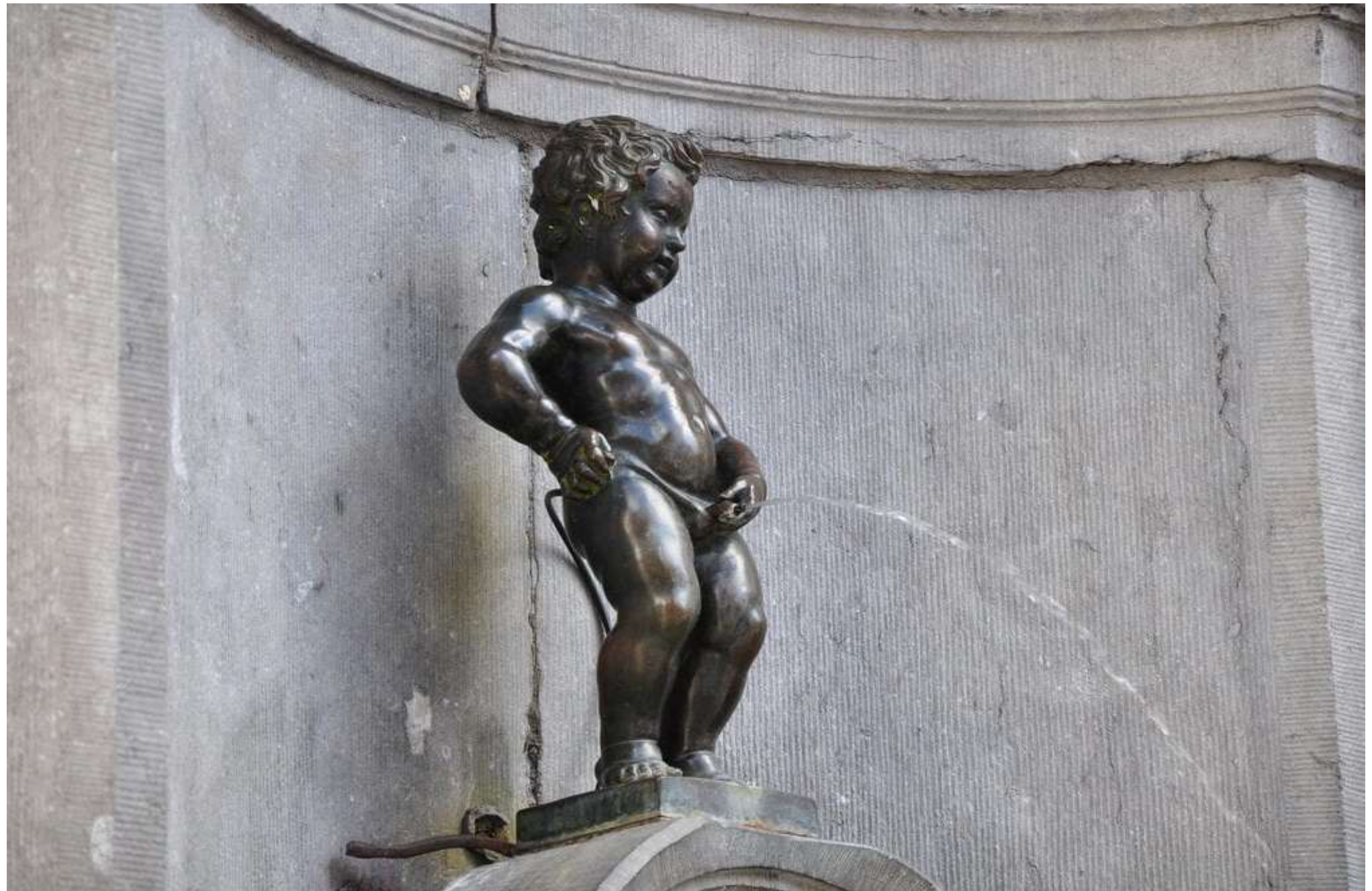
Il medico deve trattare ogni paziente con rispetto, indipendentemente dalle sue condizioni sociali, istituzionali o di salute.



A BORDO AMBULANZA

1) TEMPESTIVITÀ

NON RITARDARE LA
PARTENZA



La leggenda più popolare è quella che vede Bruxelles assediata da un esercito nemico e resistere valorosamente. Per questo motivo le truppe avversarie decidono di piazzare delle cariche esplosive nelle mura della città. Un bambino di nome Julien, ordito il complotto, riesce a spegnere la miccia **proprio urinandoci sopra** e salvando così la città. Per questo motivo la statua del Manneneken Pis è conosciuta anche come Petit Julien in francese, o Julianske in fiammingo: il piccolo Julien era infatti il nome di una statua di pietra che a quanto pare già esisteva molto prima del Manneken Pis originale XV secolo.

2) PRECISIONE

IMPOSTARE CORRETTAMENTE

LE COORDINATE SUL

NAVIGATORE.

Ercole al bivio (Annibale Carracci)



Nella favola di Prodico, ad un adolescente Ercole, mentre un giorno era seduto chiedendosi se dedicare la sua vita alla virtù o al piacere, appaiono due donne, la prima delle quali si presenta come la *Virtù* e l'altra come la *Felicità* (o, per chi le è ostile, come la *Depravazione*), ognuna delle quali espone al giovane eroe i vantaggi dell'una e dell'altra scelta di vita, tentando di convincerlo a seguire la strada che ciascuna di esse personifica.

La prima è severamente abbigliata e, mentre imbraccia un [parazonio](#), indica ad Ercole un'ardua salita - appunto il faticoso cammino della virtù - al termine della quale vi è [Pegaso](#), a sua volta simbolo di virtù e mezzo di ascensione al cielo, ma anche [impresa](#) dei Farnese.

Ai suoi piedi vi è un poeta coronato d'alloro, pronto a declamare le gesta dell'eroe se questi sceglierà la giusta direzione^[2].

La *Voluttà*, invece, è seminuda, succintamente coperta di veli quasi trasparenti. Essa mostra ad Ercole-Odoardo un cammino piano e fiorito, dove compaiono strumenti musicali e spartiti, carte da gioco e maschere teatrali, allusivi ai piaceri della vita, ma anche all'ingannevolezza (le maschere) di queste vacue occupazioni.

Il giovane eroe sembra indeciso su quale strada scegliere, ma il suo sguardo in tralice si dirige verso la *Virtù*, lasciando intendere che alla fine sarà questa la via su cui si incamminerà.

3) L'AMBULANZA
È DISPONIBILE?

ATTENZIONE AD ASSEGNARE
AL PRECEDENTE INTERVENTO
IL CODICE GIUSTO.



LIBERO



LIBERO ACCESSO

OCCUPATO



NON DISTURBARE

SE ATTRIBUISCO **GIALLO**

(MA FORSE ERA UN **VERDE**)

E TRASPORTA MSA ...

MSA OCCUPATA!

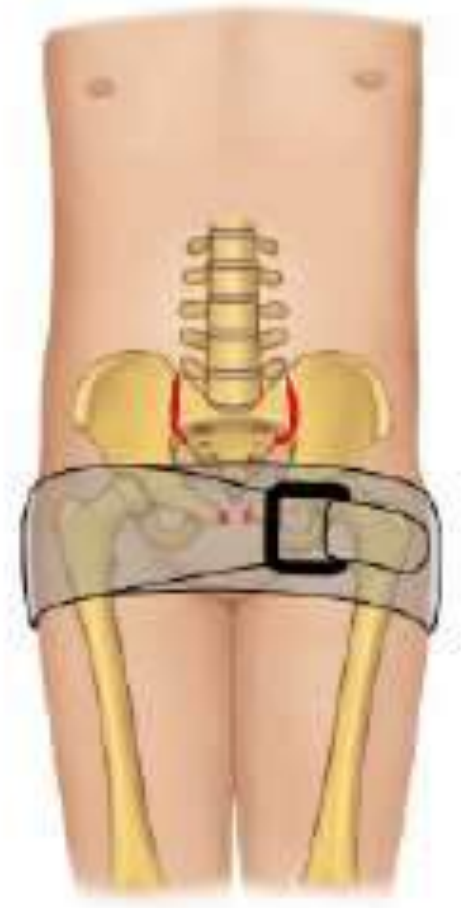
4) PREPARA CIÒ

DI CUI HAI

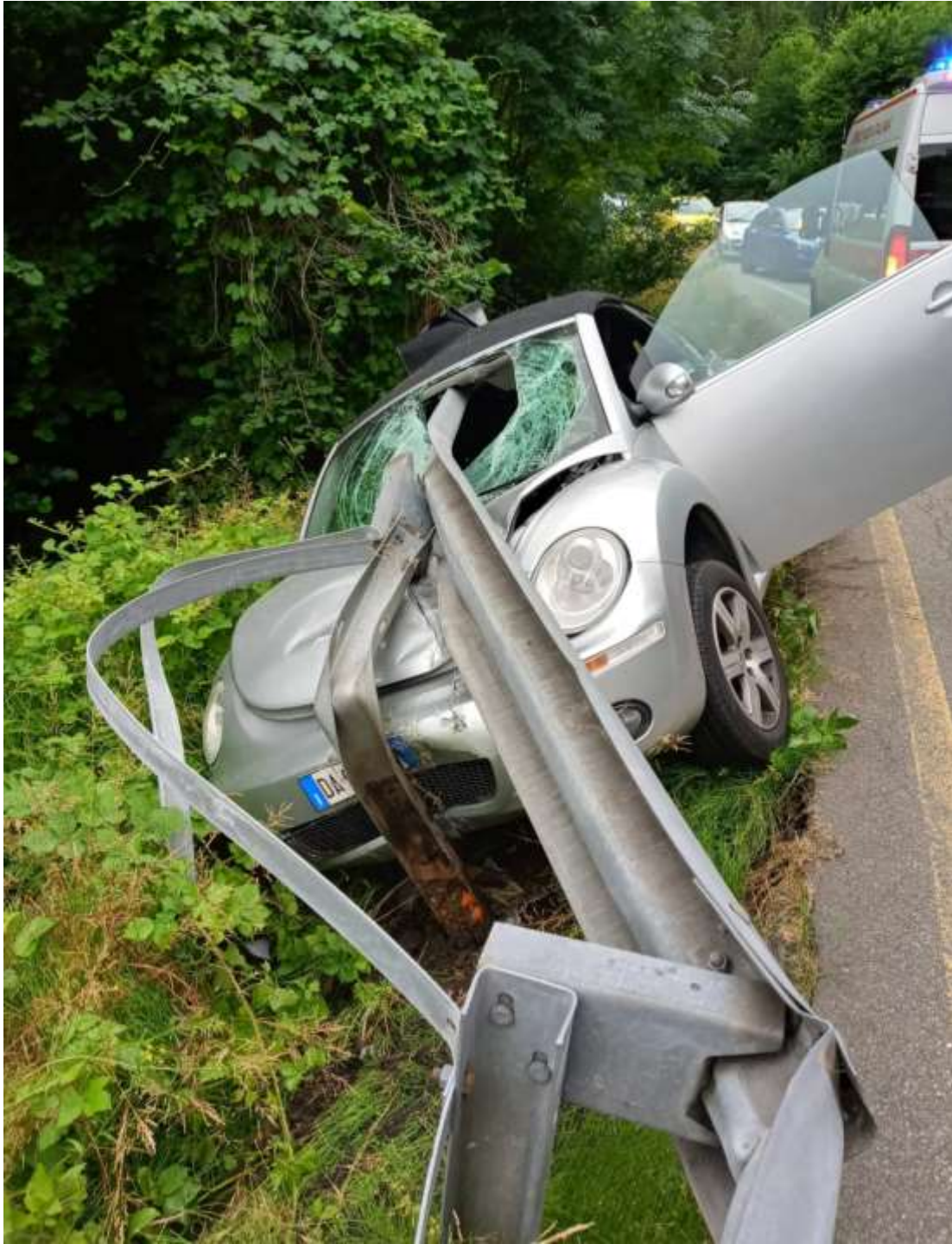
BISOGNO

DURANTE IL TRAGITTO





5) SICUREZZA
DELLA SCENA



John Hillerman - J.Q. Higgins III

In «Magnum, P.I.», l'attore John Hillerman interpretava J.Q. Higgins III, anche lui ex militare ritiratosi a vita privata. Il suo compito è gestire la tenuta del milionario Robin Master alle Hawaii. Snob e con un certo gusto per l'arte, è autore di continue angherie su Magnum e ha con lui numerosi battibecchi perché non sopporta i modi a volte goffi e rilassati dell'investigatore privato. Per il ruolo in Magnum P.I., Hillerman ha vinto un Golden Globe (1982) e un Premio Emmy (1987).

