

**Regione Siciliana**  
**Azienda Sanitaria Provinciale di**  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1287 DEL 24 GIU 2025

**OGGETTO:** Accreditamento Istituzionale n. 80655 . Requisito n. 30 . Procedura finalizzata a ridurre le barriere linguistiche e/o culturali per pazienti anziani , disabili e/o provenienti da etnie diverse.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale C.U.R. e C.U.P.

PROPOSTA N. 1325 DEL 17/06/2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Paolo Consiglio

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

**VISTO CONTABILE**

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_ ) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ NON COMPORTA  
ORDINE DI SPESA del \_\_\_\_\_

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

UFFICIO RESPONSABILE  
Dott. Anna GLORIA PICONE

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

SERVIZIO ECONOMICO  
PROCEDIMENTO PATRIMONIALE  
Dott. Simona

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

18 GIU 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTIQUATTRO del mese di  
GIUGNO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giuseppe Capodiecì , nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 310/Serv.1°/S.G. del 21-06-2024 , acquisito il parere del Direttore Amministrativo , dott.ssa Ersilia Riggi , nominata con delibera n. 60 del 14-01-2025 e del Direttore Sanitario , dott. Raffaele Elia , nominato con Delibera n. 415 del 02-09-2024 , con l'assistenza del Segretario verbalizzante ANNA GRAZIA CRESCENTE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. in Staff alla Direzione Generale Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Premesso che l'Assessorato Regionale alla Salute ha avviato in tutte le Aziende Sanitarie il processo di accreditamento istituzionale n. 80655 ;

Visto il documento " Accreditamento Istituzionale n. 80655. Requisito n. 30 . Procedura finalizzata a ridurre le barriere linguistiche e/o culturali per pazienti anziani , disabili e/o provenienti da etnie diverse " , redatto dal Dott. Paolo Ferrara Dirigente Medico di Direzione Sanitaria e Referente, Rischio Clinico e Qualità;

Atteso che tra i documenti da adottare il documento " Accreditamento Istituzionale n. 80655 Requisito n. 30 . Procedura finalizzata a ridurre le barriere linguistiche e/o culturali per pazienti anziani , disabili e/o provenienti da etnie diverse " , soddisfa il requisito richiesto al punto 30 della nota " Accreditamento Istituzionale n. 80655 " ;

Stante la necessità di questa Azienda di munirsi dell'apposito documento " Accreditamento Istituzionale n. 80655 . Requisito n. 30 . Procedura finalizzata a ridurre le barriere linguistiche e/o culturali per pazienti anziani , disabili e/o provenienti da etnie diverse;

## PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

**Approvare** il documento " Accreditamento Istituzionale n. 80655. Requisito n. 30 . Procedura finalizzata a ridurre le barriere linguistiche e/o culturali per pazienti anziani , disabili e/o provenienti da etnie diverse " ;

**Che l'esecuzione** della deliberazione verrà curata dalla U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Aziendale , C.U.R. e C.U.P. in Staff alla Direzione Generale;

**Di munire** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione per le motivazioni di seguito specificate: tempistica immediata della presa in carico del Documento per soddisfare la richiesta dell'Assessorato alla Salute per l'Accreditamento Istituzionale;

**Attesta**, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P.

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI**

Parere Favorevole  
Data 24/06/2025

**Il Direttore Amministrativo**

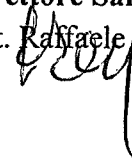
Dott.ssa Ersilia Riggì



Parere Favorevole  
Data 24/06/2025

**Il Direttore Sanitario**

Dott. Raffaele Elia



**IL DIRETTORE GENERALE**

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della C.U.R. e del C.U.P. che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

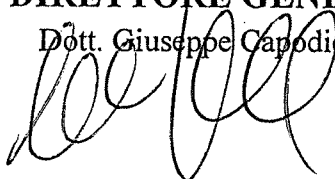
**Tenuto** conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della C.U.R. e del C.U.P.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giuseppe Capodiceci

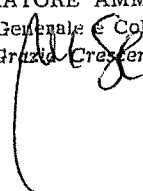


**Il Segretario verbalizzante**

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO

"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"

Maria Grazia Crescente

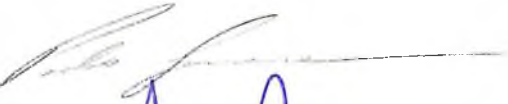
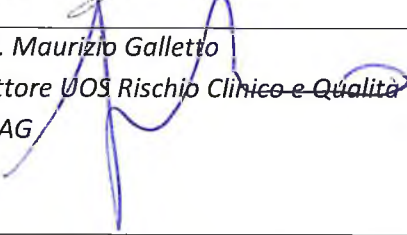






**PROCEDURA FINALIZZATA A RIDURRE LE BARRIERE LINGUISTICHE O CULTURALI  
PER PAZIENTI ANZIANI, DISABILI O PROVENIENTI DA ETNIE DIVERSE**

documento redatto il 014.06.2025 v.00

|              |                                                                                                                                                                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REDAZIONE    | Dott. Paolo Ferrara<br>Dir. Medico Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità<br>PO Sciacca<br> |
| VERIFICA     | Dott. Maurizio Galletto<br>Direttore UOS Rischio Clinico e Qualità<br>ASP AG<br>                               |
| APPROVAZIONE | Dott. Raffaele Elia<br>Direttore Sanitario Aziendale<br>ASP AG<br>                                             |

**STATO DELLE REVISIONI**

| Rev. N. | SEZIONI REVISIONATE | MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE | DATA      |
|---------|---------------------|-----------------------------|-----------|
| 0       | Prima stesura       |                             | 14/6/2025 |



## **INDICE**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1. INTRODUZIONE.....          | 3  |
| 2. OBIETTIVO.....             | 3  |
| 3. ISTRUZIONI OPERATIVE.....  | 4  |
| 4. CAMPO DI APPLICAZIONE..... | 10 |
| 5. RESPONSABILITA' .....      | 10 |
| 6. BIBLIOGRAFIA.....          | 11 |



## **1. Introduzione**

Nell'epoca in cui viviamo, tutto ciò che ci riguarda e che ci circonda ha a che fare in qualche modo con la comunicazione. La comunicazione per essere efficace deve essere interattiva, bisogna parlare e ascoltare, informarsi e informare, osservare, fotografare, riflettere e analizzare .

Per l'essere umano di qualsiasi età, la comunicazione nelle sue forme verbali e non verbali è fonte di scambio fondamentale non solamente per trasmettere informazioni, pensieri, necessità, creare condivisione e quindi cultura, ma anche per poter continuare a costruire il senso di sé, il processo della propria identità in divenire.

Questo processo continua per tutta la vita, anche quando apparentemente, in caso di malattie dei processi mentali, possa invece sembrare più difficile. Normalmente si comunica con gli amici, con i familiari, con chi ci è più affine per abitudini, cultura, conoscenza, età e così via. Ma è evidente che la vera sfida consiste nel riuscire a comunicare con eguale facilità anche con chi è diverso. In alcuni ambiti poi, più che in altri, per es. in Ospedale, si rende ancora più urgente una migliore comprensione del termine *comunicazione*, per il fatto che una comunicazione dannosa o anche soltanto deficitaria, potrebbe avere conseguenze gravi di incomprensione, insoddisfazione e malcontento, in un contesto dove tutto ciò ovviamente non deve avvenire.

La capacità di ascoltare, osservare e sentire con attenzione le comunicazioni del paziente, verbali e non verbali, affettive e inconscie, significa sapersi assumere la responsabilità emotiva del rapporto con l'altro, portando il campo della propria professionalità al di là delle specifiche competenze tecniche.

La difficile comunicazione nell'ambito sanitario viene resa ancora più complicata quando di fronte a noi si ha un paziente anziano o disabile o di etnia diversa.

## **2. OBIETTIVO**

La seguente Procedura ha l'obiettivo di ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti anziani, disabili o provenienti da etnie diverse, presi in carico nelle Strutture Assistenziali dell'ASP AG in situazioni di emergenza, di prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero.

|                |       |                |
|----------------|-------|----------------|
| Data 14/6/2025 | Rev.0 | Pagina 3 di 13 |
|                |       |                |



### 3. ISTRUZIONI OPERATIVE

#### 3.1 Il paziente anziano

L'Italia è fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani. Il rapporto annuale ISTAT nel 2024, rileva che l'Italia continua a essere uno dei paesi più anziani al mondo, con un quarto della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni, la cui percentuale è del 24,7% della popolazione totale. L'aspettativa di vita ha raggiunto livelli record, ma si evidenzia un aumento delle fragilità tra gli anziani. Il rapporto dell'ISTAT mostra inoltre che, tra la popolazione dei soggetti con più di 65 anni, oltre il 40% è affetto da almeno una malattia cronica, il 18% ha limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana (disabilità), il 70% delle persone con disabilità presenta almeno 3 malattie croniche, oltre il 10% è confinato in casa; appare chiaro che gli ultrasessantacinquenni risultano essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie.

Gli anziani, soprattutto se sentono il peso degli anni, chiedono attenzione, e la prima attenzione è **l'ascolto**, che è una raffinatissima forma di comunicazione. Quando un soggetto anziano presenta problemi di salute, una delle maggiori difficoltà che il personale sanitario di solito incontra è riuscire a comunicare con lui in modo adeguato. Infatti, la comunicazione, aspetto imprescindibile della relazione, rappresenta il punto centrale nel rapporto con il paziente e con la sua famiglia a tutte le età; nel paziente anziano, se in particolare presenta problemi cognitivi o difetti sensoriali, essa assume una criticità ancora più rilevante. Curare un paziente anziano è sempre un impegno clinico e relazionale rilevante, ma l'uso di alcuni semplici accorgimenti può migliorare la qualità delle cure e rendere il paziente stesso più collaborativo.

Per comunicare efficacemente con l'anziano, l'operatore sanitario, in particolare il Medico, deve utilizzare al massimo i seguenti canali sensoriali:

- la vicinanza,
- il tono di voce,
- i gesti, il movimento,
- l'espressione del volto

facendo sempre ricorso ad una gestualità delicata e all'uso di un linguaggio semplice e chiaro.

Il colloquio medico-paziente deve essere fatto con disponibilità di tempo. Spesso lo stato mentale, i problemi di linguaggio (per es. afasia) o l'uso esclusivo del dialetto rendono "lento" il rapporto comunicativo ed è fondamentale **mantenere la pazienza** e non infastidirsi per possibili incomprensioni o per la necessità di ripetere le domande. All'anziano va lasciato molto tempo per rispondere, senza mostrare disappunto per la lentezza o per le risposte inadeguate; le domande non devono essere mai incalzanti. Se necessario, scrivere le domande in modo sintetico e a grossi caratteri su un foglio di carta; **è utile che il medico gli proponga** qualche facile obiettivo da raggiungere nei giorni successivi al colloquio.

|                |       |                |
|----------------|-------|----------------|
| Data 14/6/2025 | Rev.0 | Pagina 4 di 13 |
|                |       |                |



### 3.1 Il paziente disabile

La disabilità viene definita dall'OMS come la difficoltà di una persona nell'espletare autonomamente le attività fondamentali della vita quotidiana. A questa disabilità può corrispondere un handicap, inteso sempre secondo l'OMS, come lo svantaggio sociale derivante dalla disabilità.

I disabili, pertanto, sono individui che a causa delle loro condizioni fisiche e/o mentali, solitamente non sono in grado, senza aiuto, di compiere gli atti quotidiani della vita come :

alimentarsi (sovente con cibi solo frullati), pettinarsi, vestirsi (non hanno il coordinamento degli arti), andare in bagno(sono spesso incontinenti ).

Negli ultimi anni è stata posta crescente attenzione alla misura della disabilità tramite Scale di valutazione funzionale, strutturate in modo tale da assegnare a ciascuna voce un punteggio correlato con l'autosufficienza con cui l'attività è svolta, indipendentemente dalla qualità delle prestazioni.

Tra le scale di valutazione più usate (FIM, Barthel, Rivermead ADL, Nottingham Ten Points, eccetera) viene sempre citata la capacità dell'individuo a vestirsi. All'abbigliamento per il soggetto con disabilità motoria si chiede di essere: a) tollerabile (tessuti), b) "portabile" (fattura) , c) funzionale alla situazione (adattamenti), d) adeguato all'età, al "gruppo" e ai gusti del paziente (moda).

Molte sono le figure professionali che si occupano di disabili: dall'assistente sociale al tecnico della riabilitazione, al personale infermieristico e ai molti medici specialisti (fisiatri, geriatri, psichiatri, eccetera).

La Medicina, fisica e riabilitativa, specialità propria del fisiatra, è la disciplina che ha per ruolo il mettere in atto tutte le procedure volte a prevenire o a ridurre al minimo inevitabile le conseguenze funzionali, fisiche, psichiche, sociali ed economiche delle malattie invalidanti o potenzialmente tali. Essa facendosi carico del paziente nel suo complesso, ha come scopo ultimo la sua integrazione o reintegrazione nel proprio ambiente, familiare, sociale e, se possibile, anche lavorativo.

La medicina riabilitativa può pertanto definirsi come la "medicina delle conseguenze funzionali". Le conseguenze funzionali e quindi le disabilità possono essere classificate sinteticamente come: motorie, sensoriali e psichiche.

Le "quattro perdite" della disabilità sono così riassunte:

1. La perdita dell'**indipendenza** fisica
2. La perdita del **sostegno emotivo**
3. La perdita del **controllo su se stessi e sulla propria vita**
4. La perdita dell'**abilità** di conseguire e mantenere l'intimità fisica e affettiva I vari tipi di disabilità sono descritti in Tabella 1 .



Tabella 1 . Tipi di disabilità

| Disabilità fisica           | Disabilità psichica        | Disabilità relazionale                            |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Sclerosi multipla           | Depressione                | Disturbo autistico                                |
| Cerebrolesi                 | Schizofrenia               | Disturbi generalizzati di sviluppo non autistici. |
| Malati cronici              | Disturbi del comportamento |                                                   |
| Malati oncologici terminali | Complesso d'inferiorità    |                                                   |
| Malati di Aids              |                            |                                                   |
| Disabili della vista        |                            |                                                   |
| Disabili dell'udito         |                            |                                                   |

### 3.1.1 Come comportarsi con i disabili motori

Nel caso particolare di persone su sedia a rotelle, ricordiamo che più si è naturali, più tutto diventa semplice. L'operatore sanitario , per comunicare efficacemente con un soggetto con disabilità motoria, deve adottare i seguenti comportamenti :

- Trattare l'individuo in carrozzella da pari a pari: non fare mai nulla senza prima chiedergli che cosa desidera.



- Se è accompagnato da una persona, evitare di rivolgersi principalmente o esclusivamente al suo accompagnatore. Se invece l'accompagnatore è l'operatore sanitario stesso, evitare atteggiamenti troppo "protettivi": se un'altra persona parla direttamente a lui, consideratelo come un fatto normale.
- Il disabile ha piacere di vedere con chi parla senza dover allungare il collo: in caso di colloqui prolungati sedersi alla sua stessa altezza.

### 3.1.2 Come comportarsi con i disabili della vista (ciechi e ipovedenti)

In caso di paziente cieco o ipovedente è importante mostrare naturalezza così come con tutti gli altri tipi di disabilità. Per facilitare i rapporti è importante osservare essenzialmente i punti seguenti :

- Avvicinandosi ad un paziente non-vedente bisogna farsi notare per tempo.
- Tenere presente che il paziente non vi vede e non conosce la vostra identità : presentarsi subito indicando la qualifica e il nome (per es. Mario Rossi, infermiere professionale)
- Non prendere il paziente cieco per un braccio per guidarlo, offrirgli invece il proprio braccio, che il paziente afferrerà al di sopra del gomito; in tal modo non occorrerà suggerirgli la direzione: con la vostra guida si orienterà. Lo si dovrà precedere soltanto in punti stretti.
- Non dimenticare che non può vedere un sorriso o un cenno del capo : bisogna perciò parlargli.
- Ai ciechi parlare sempre con il tono di voce abituale.

### 3.1.3 Come comportarsi con i disabili dell'udito

In caso di paziente disabile dell'udito l'operatore sanitario deve osservare i seguenti punti :

- Non parlare mai in dialetto: nelle apposite scuole, il sordo impara solo la lingua scritta, che gli permette anche di leggere.
- Fare in modo che il vostro viso sia sufficientemente illuminato, in quanto egli è abituato a leggere le parole dal movimento delle labbra.
- Non è necessario alzare il tono della voce più del normale: il sordo riesce a capirci anche se non emettiamo alcun suono.
- Non parlare troppo in fretta, ma neanche troppo lentamente; parlare in modo chiaro, tuttavia senza esagerare.
- Utilizzare concetti chiari e frasi semplici.

|                |       |                |
|----------------|-------|----------------|
| Data 14/6/2025 | Rev.0 | Pagina 7 di 13 |
|                |       |                |



- Una mimica non esagerata gli consente di capire meglio. I gesti specifici del linguaggio normativo dei sordomuti vanno usati soltanto da chi li conosce bene.
- Ricordare che i sordi non possono seguire contemporaneamente i movimenti delle vostre labbra e i gesti o la spiegazione di un procedimento lavorativo. Si deve quindi dapprima indicare o eseguire, poi spiegare.
- In presenza di un paziente sordo, non parlare di lui con altri. Dato che non sente, osserva attentamente ogni movimento e ogni sguardo onde potrebbe trarne conclusioni errate. Spesso il non-udente vede e avverte con straordinaria sensibilità ciò che non sente. Tale prerogativa può influire sul suo comportamento.
- Le parole non sempre sono il mezzo migliore per comunicare con un sordo; in alcuni casi è più eloquente usare una gestualità appropriata.
- Accertarsi che il debole d'udito abbia ben capito tutto. Ciò è particolarmente importante in caso di accordi. Se necessario, ripetere quanto detto eventualmente con altre parole o formulando le frasi diversamente o far uso di brevi cenni scritti.

Tenere presente sempre che, per seguire il filo del discorso, il debole d'udito deve concentrarsi al massimo e quindi si stanca più rapidamente di una persona normale. Se la conversazione è lunga, fare di tanto in tanto una pausa.

### 3.1.4 Come comportarsi con i disabili mentali/ cognitivi

In questo caso è sempre necessario il contatto con un accompagnatore, anche se apparentemente il disabile mentale facilita i rapporti perché per natura non è né inibito né diffidente, ma disponibile.

La sua intelligenza ridotta non deve però indurre a parlargli un linguaggio infantile, in quanto il più debole di mente capisce spesso molto più di quanto si supponga. Molti hanno inoltre una memoria particolarmente buona. **Non è giusto** che a un debole di mente adulto si dia del "tu" come a un bambino, anche se ha un'intelligenza a livello puerile. Ha diritto al "Lei" esattamente come qualsiasi maggiorenne normale, a meno che non si convenga di adottare reciprocamente il "tu".

E' importante rispondere sempre alle sue domande, anche se talvolta sono imbarazzanti o vengono poste ad alta voce.

Alcune modalità della relazione, come l'accusa, la derisione oppure il trattare il paziente demente come un oggetto o non considerarlo una persona adulta attraverso l'uso di vezzeggiativi, o, ancora, la negazione della verbalizzazione dei suoi bisogni, costituiscono davvero qualcosa di "maligno" ed aggravano la frammentazione psichica dell'individuo.

|                |       |                |
|----------------|-------|----------------|
| Data 14/6/2025 | Rev.0 | Pagina 8 di 13 |
|                |       |                |



Infine, poiché in alcuni casi il disabile mentale usa il pannolone o il catetere, è giusto che nel momento del cambio venga rispettata rigorosamente la sua privacy e il suo pudore.

Riepilogando, l'operatore sanitario che comunica con un disabile mentale :

- Non deve usare un linguaggio infantile
- Non deve dare del “tu” al paziente
- Deve rispondere sempre alle sue domande
- Deve rispettare la sua privacy e il suo pudore

#### **3.1.4.1 Pazienti autistici**

L'autismo può oggi essere definito come un disordine pervasivo dello sviluppo con manifestazioni tipiche, tanto da configurare un caratteristico fenotipo cognitivo - comportamentale nell'ambito dei disordini pervasivi dello sviluppo (DPS) o disturbi dello spettro autistico (DSA) che, secondo le correnti classificazioni compromettono tre aree del comportamento:

- relazioni sociali ed empatia;
- comunicazione, linguaggio e immaginazione;
- flessibilità mentale e range di interessi (che risultano anomali, ripetitivi e stereotipati).

Per definizione il comportamento è anomalo rispetto all'età mentale dell'individuo. A queste anomalie di comportamento si accompagnano di solito sintomi cognitivi.

Le persone autistiche hanno diversi comportamenti, alcuni sono molto ripiegati su se stessi e sono quelli che hanno fatto coniare questo termine autismo, mentre altri hanno dei comportamenti più legati a una necessità di ripetere gesti, parole, di avere riferimenti costanti ripetitivi; non sembrano tanto ripiegati su loro stessi quanto organizzati in una forma quasi coattiva, che non permette loro di liberarsi o di affrontare facilmente le situazioni nuove.

L'autismo ha quindi al suo interno caratteristiche differenti - per questo, alcuni studiosi preferiscono parlare di autismi - e può essere ricondotto a una difficoltà: la reciprocità. Le persone autistiche hanno delle difficoltà a stabilire delle reciprocità.

L'operatore sanitario deve sapere che avere dei comportamenti chiari, dei riferimenti costanti, un quadro organizzato di tempo e spazio, aiuta la persona autistica permettendogli, per esempio, di stabilire delle buone relazioni. La comunicazione è una ricerca ed è facilitata se vi è chiarezza di riferimento agli oggetti, allo spazio, al tempo. È agevolata anche se il nostro stesso modo di porci nei confronti di una persona autistica è capace di superare l'impaccio e la paura, sviluppando una certa chiarezza di espressione. Se anche non è recepita immediatamente, si apre alla possibilità a che sia recepita in seguito.

|                |       |                |
|----------------|-------|----------------|
| Data 14/6/2025 | Rev.0 | Pagina 9 di 13 |
|                |       |                |



Non sempre la ricezione della comunicazione è manifesta, proprio per questa difficoltà di reciprocità si devono escludere comportamenti violenti o persecutori, per scegliere invece atteggiamenti dolci, fermi, tranquilli e ripetuti.

### 3.1 Il paziente proveniente da etnia diversa

Il personale sanitario si trova spesso ad interagire, con notevole difficoltà, con persone di nazionalità, lingua e consuetudini diverse; le criticità sono principalmente legate a : 1) **linguaggio**, 2) **diversa cultura** (la percezione di salute è differente tra diverse culture perché meccanismi comuni per la società occidentale come i trattamenti medici, le visite periodiche, il calendario di vaccinazione, possono essere sconosciuti alla popolazione straniera), 3) **diversa percezione della salute**, 4) **luogo in cui lo straniero si trova** (Pronto Soccorso, Ambulatorio, Reparto).

I professionisti sanitari hanno necessità di utilizzare facili strumenti per una corretta comunicazione con i cittadini stranieri per evitare incomprensioni e malintesi sia nel capire i sintomi presentati che nelle indicazioni terapeutiche da fornire.

L'analisi dei bisogni ha evidenziato come la comunicazione giochi più di ogni altra cosa un ruolo cruciale nell'erogazione di prestazioni sanitarie. Le barriere di tipo linguistico non solo producono effetti negativi sull'accessibilità e sull'uso dei servizi, ma anche sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione del paziente e sui risultati di salute. La mancanza di una lingua comune fra paziente e operatore sanitario può portare a errori di tipo diagnostico e a trattamenti inappropriati. Questo dato è confermato dagli esiti della revisione della letteratura (A. Bischoff, 2003) che mostrano come nella maggioranza dei casi un numero superiore alla norma di esami diagnostici e di ricoveri sono ordinati a pazienti che non parlano la lingua e che questi pazienti hanno maggiore probabilità di ricevere trattamenti inadeguati. Inoltre questi pazienti, per motivi spesso riconducibili alle loro condizioni sociali, tendono a non presentarsi alle visite di *follow up*, a non seguire le cure prescritte e, di conseguenza, a ripresentarsi al Pronto Soccorso. Inoltre, la lingua risulta essere una barriera anche nell'uso dei Servizi di Prevenzione.

L'attenzione al paziente straniero, infatti, va intesa come parte integrante delle politiche di miglioramento della qualità, poiché lo scopo di rendere i servizi sanitari "culturalmente adeguati" vuol dire innanzitutto aumentare l'efficacia e la sicurezza delle cure e dell'assistenza, accrescere la soddisfazione del paziente e migliorare i risultati di salute.

Per tali motivi, presso la Direzione Strategica ASP AG ha avviato (alla fine del 2024) un'analisi del servizio di abbattimento delle barriere linguistiche e attualmente sta valutando le giuste azioni per l'avvio di un servizio che fornisca ai professionisti sanitari un servizio la possibilità di capire con chiarezza sintomi per giuste diagnosi e garantisce ai pazienti stranieri chiarezza nelle informazioni sanitarie, praticamente elimina le barriere linguistiche e culturali e assicura a tutti gli assistiti il libero accesso ai servizi socio-sanitari offerti dall'Azienda.

## 4. CAMPO DI APPLICAZIONE

|                |       |                 |
|----------------|-------|-----------------|
| Data 14/6/2025 | Rev.0 | Pagina 10 di 13 |
|                |       |                 |



La presente Procedura si applica in tutti i Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari dell'ASP AG ed è rivolta a tutti gli operatori dell'ASP AG che erogano assistenza sanitaria

### **5. RESPONSABILITÀ**

Dell'approvazione e della diffusione della Procedura è responsabile la Direzione Sanitaria Aziendale ASP AG.

La responsabilità dell'applicazione della Procedura è di tutto il personale sanitario afferente alle strutture dell'ASP AG che erogano assistenza sanitaria. La responsabilità della distribuzione del documento e della supervisione rispetto all'applicazione dell'istruzione di lavoro è dei Direttori di Unità Operativa, dei Coordinatori Infermieristici e dei Referenti della Qualità, Formazione, Rischio Clinico e Comunicazione di ogni singola U.O., ognuno per le proprie competenze

La revisione del documento avverrà ogni 2 anni ad opera dell' U.O.S. Rischio Clinico e Qualità ASP AG.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Ministero della Salute- "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza dell'anziano – 20 gennaio 2011
- "Il tempo speso nel colloquio non è mai perduto. La comunicazione con il paziente anziano." <http://www.medicioggi.springer.com>
- Cipriani G. "La relazione con il paziente anziano disabile o demente"- Incontro di formazione, Sant'Angelo di Lodigiano, 4 maggio 2006.
- Fondazione ASPHI onlus – Per un corretto rapporto con la disabilità – Suggerimenti pratici
- Regione Emilia Romagna – Agenzia Sanitaria Regionale – *Assistenza alle persone affette da disturbi dallo spettro autistico*- Dossier 103-2004
- Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, AUSL Bologna – Cavallin S. e Novi F. "Strategie per facilitare la comunicazione tra paziente straniero e professionista sanitario: mediazione linguistica e culturale













## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

#### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal \_\_\_\_\_

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_

X Immediatamente esecutiva dal **24 GIU 2025**

Agrigento, li **24 GIU 2025**

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

*S. Terrasi*

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi