

## LA QUALITÀ NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-INFERMIERE

**Pilotto F.\*\* - Corso M.\***

Sono molti gli studi sperimentali riguardante la qualità della prestazioni in ambito sanitario, non solo per l'aspetto diagnostico – terapeutico, ma anche per quanto riguarda l'assistenza al malato.

La nostra indagine, ha incentrato la propria attenzione sulla qualità della comunicazione in ambito sanitario. Tale aspetto viene molto spesso tralasciato, perché si ritiene, a torto, che non vada ad influire sugli aspetti della qualità globale, anche se studi recenti in ambito sanitario, (malgrado a livello aziendale siano databili agli anni sessanta) hanno dimostrato come i flussi informativi e un clima di collaborazione e comunicazione efficaci, influiscano positivamente sulla qualità delle prestazioni erogate e soprattutto sulla qualità percepita dal cittadino.

Si è deciso, quindi, di attuare un'indagine di tipo conoscitivo all'interno di un reparto ospedaliero, che risulta l'ambito in cui infermieri e medici sono più a contatto gli uni con gli altri, non solo per motivi di tipo organizzativo, ma anche e soprattutto per la necessità di scambio continuo di notizie clinico-assistenziali sul malato.

In particolare si è ritenuto opportuno svolgere tale ricerca all'interno di un reparto chirurgico, dove sono spesso frequenti problemi di tipo comunicativo tra i professionisti, da una parte per il tipo di specializzazione dei chirurghi, che sono portati per formazione a dare grossa importanza alla patologia chirurgica dimenticando spesso l'aspetto olistico della persona, dall'altra per il poco tempo che sono presenti in reparto, comprimendo nel minor tempo possibile lo scambio d'informazioni, cosa che facilita la nascita di fraintendimenti e contrasti, che con il passare del tempo risultano sempre meno risolvibili.

Grazie ai dati raccolti, è stato possibile preparare un questionario da somministrare a tutto il personale medico ed infermieristico, per mettere in evidenza come i professionisti vedono la comunicazione all'interno del reparto e ottenere alcuni loro pareri su possibili elementi di miglioramento.

Dall'analisi delle informazioni acquisite, sono emerse delle indicazioni interessanti che hanno permesso di inquadrare meglio il problema e di mostrare nello

---

\* Diplomata infermiere Università di Padova.

\*\* Docente a contratto di Bioetica Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Padova e dirigente medico ASL n. 15 Regione Veneto.

specifico i problemi della realtà in indagine. Dopo aver ottenuto tali ragguagli, l'interesse si è spostato verso la ricerca di possibili interventi di miglioramento della dinamica comunicativa, formulando delle proposte che fossero utili per ottenere una revisione della qualità laddove ve ne fosse più bisogno e soprattutto considerando i punti che da parte degli operatori risultavano soggetti a maggiori lacune.

Gli aggiustamenti e gli interventi proposti sono da considerarsi attuabili solo a lunga scadenza e quindi in generale non se ne potranno verificare i risultati nell'immediato, ma sarà possibile andare a sondare gli effetti solo in un secondo momento, che esula dalla nostra trattazione.

Riteniamo comunque che già il fatto di aver evidenziato il problema possa essere un punto di partenza per una riflessione ad ampio raggio da parte degli operatori.

## 1. LE TAPPE DELL'INDAGINE

Per effettuare l'indagine conoscitiva sulle caratteristiche della comunicazione tra medico e infermiere, si è cercato di procedere in modo sistematico e di affrontare il problema con un procedimento tale da ottenere dei dati che risultassero oggettivi e validi dal punto di vista non solo qualitativo, ma anche quantitativo.

Partendo dall'osservazione effettuata durante l'esperienza pratica nella struttura sanitaria si è cercato di costruire una griglia di osservazione, da utilizzare durante il tirocinio opzionale in una realtà che potesse essere significativa per l'ottenimento delle informazioni necessarie.

Con questa griglia, preparata anticipatamente, prima di affrontare l'ambiente in studio, in modo da non essere fuorviati da alcuni aspetti preminenti, con il rischio di tralasciarne altri, è stato svolto il tirocinio, mirando all'osservazione delle caratteristiche ed alla dinamica della comunicazione nell'equipe sanitaria.

Inoltre è stato preparato un questionario, che andasse a sondare opinioni e punti di vista da parte degli infermieri e dei medici, rispetto a ciò che pensavano della comunicazione, gli uni nei confronti degli altri, in modo da poter confermare o smentire quegli elementi percepiti in fase osservazionale.

Se ne sono ricavate delle informazioni molto interessanti, rispetto soprattutto alle aspettative e al rapporto dei professionisti nel lavoro di equipe.

### 1.1. *La griglia osservazionale*

La griglia è servita per l'osservazione della dinamica comunicativa tra infermieri e medici, permettendo successivamente la preparazione di un questionario, che andasse a rilevare gli elementi ritenuti più problematici all'interno della realtà oggetto di studio.

La griglia si compone di 27 punti formulati sottoforma di domanda, che coin-

volgessero la comunicazione verbale, non verbale e i rapporti esistenti tra gli interlocutori.

Molti punti sono stati riportati uguali nel questionario, individuando quelli che potevano essere più problematici, ma anche dando spazio alle opinioni degli operatori, in proposito ad elementi che non è possibile individuare per un osservatore esterno alla realtà in oggetto.

## 1.2. *Il questionario*

Il questionario somministrato presso l'Unità Operativa di chirurgia generale è stato proposto nella medesima forma, sia per gli infermieri, sia per i medici, in modo da ottenere delle informazioni che fossero facilmente confrontabili e sovrapponibili, con domande formulate nella stessa maniera, così da non correre il rischio che una diversa impostazione, potesse dare adito ad interpretazioni fuorvianti o indirizzare il compilatore ad una risposta piuttosto che un'altra.

Il questionario si compone di due parti. La prima riguarda i quesiti veri e propri; 20 domande, tutte a risposta chiusa, meno una a risposta aperta. La seconda, richiede informazioni personali a carattere generale, quali fasce d'età, sesso, professione (medico, infermiere, generico o professionale) e reparto d'appartenenza.

Entrando nello specifico della prima parte, le domande iniziali s'interessano dei luoghi in cui avviene la comunicazione, se gli operatori preferiscano svolgerla in altri, e quali tra quelli proposti fossero i più disturbati. Le domande successive interrogano sul tempo dedicato, se sufficiente o meno, e ad una risposta negativa, si è chiesto quale fosse il motivo presunto.

Successivamente, le domande chiedevano in quali momenti della giornata si ottengano maggiori informazioni sul malato, se gli operatori ritengano opportuno programmare il colloquio tra medico ed infermiere e se sì, quando. Poi si è indagato sull'attenzione offerta dall'interlocutore e la chiarezza della risposta alle domande; il tipo di reazioni a risposte incomplete o poco chiare. Ai quesiti successivi, sono state sondate delle opinioni sul tipo di linguaggio utilizzato e sugli atteggiamenti riscontrati. Sono state proposte anche delle domande riguardanti il linguaggio non verbale; presenza di possibili incongruenze tra verbale e non verbale, e le ragioni che hanno portato ad affermare la presenza di tali incoerenze. Infine è stata proposta una domanda riguardante la presenza di conflitti celati o manifesti, e se presenti di che tipo.

## 2. REALTÀ D'INDAGINE

Tra le tante realtà che era possibile individuare per lo svolgimento dell'indagine, si è scelto un reparto chirurgico partendo da alcune considerazioni di fondo che hanno fatto cadere la scelta proprio su di esso.

Innanzitutto si è deciso di sondare un'Unità Operativa ospedaliera, piuttosto che territoriale o di altra natura, perché si è ritenuto interessante cercare delle infor-

mazioni laddove fosse rappresentativa la presenza medica e quella infermieristica, e non solo da un punto di vista numerico, ma anche per quanto riguarda i rapporti collaborativi, intesi come interazione lavorativa.

In particolare, poi, la scelta è caduta sul reparto chirurgico, in base alla constatazione del tutto empirica della maggior incidenza dei problemi nei rapporti comunicativi tra infermieri e medici nei reparti chirurgici rispetto a quelli medici, non per motivi particolari, ma per il poco tempo che questi professionisti spendono per il reparto rispetto alla sala operatoria, dovendo quindi condensare in uno spazio limitato lo scambio di informazioni, che risulta quindi meno agevole.

Oltre a ciò, c'è anche da dire che i chirurghi per il tipo di specializzazione, hanno una formazione tale, che li porta a non avere una visione olistica del malato, ma a focalizzarsi sulla patologia prettamente chirurgica, scontrandosi quindi con la visione infermieristica dell'uomo, che vede la persona nella sua globalità, come entità bio-psico-sociale.

### *2.1. Contesto e campione*

L'Unità Operativa chirurgica scelta per l'indagine è quella dell'Ospedale dell'U.L.S.S. N-2 di Feltre in provincia di Belluno, regione Veneto.

Tale Unità Operativa si compone di una sezione femminile e di una maschile, con una disponibilità di 36 posti letto e un proprio caposala ciascuna.

Il personale infermieristico è 15 elementi per reparto, di cui 14 unità che lavorano a tempo pieno, e di 1 a part-time, divisi equamente in uomini e donne nel reparto maschile, tutte donne invece in quello femminile, metà infermieri generici e metà professionali. Per quanto riguarda i medici, sono in numero di 8 unità e lavorano sia in una sezione che nell'altra, escluso il primario, dottor Moschini, che è responsabile unico di tutta Unità Operativa.

### *2.2. Metodo utilizzato per la somministrazione del questionario*

Il questionario è stato, quindi, somministrato a tutto il personale medico e infermieristico, consegnando le copie ai caposala dei due reparti, con preghiera di darlo agli interessati, preparando una lista, nella quale ne fosse segnata l'avvenuta restituzione, per poter risalire ad eventuali mancanze (si ricorda che il questionario è anonimo). Lo stesso è stato fatto per i medici, consegnando i questionari al primario.

Si è ritenuto opportuno escludere il primario ed i caposala dall'indagine per un diverso rapporto che possono avere all'interno dell'equipe, in quanto rivestono un ruolo che non risulta uguale a quello dei colleghi. In particolare i caposala, per ragioni di organizzazione interna, seguono il giro visita quotidianamente, ha sempre un continuo scambio comunicativo con i medici, mentre per gli infermieri ciò avviene con minor frequenza. Inoltre i caposala rivestono un ruolo di coordinamento all'interno del reparto, che li pone, come figura, ad essere più vicini ai medici.

Lo stesso si può dire per il primario che all'interno dell'equipe non funge solo da specialista, ma anche da coordinatore dell'intera Unità Operativa, rivestendo quindi un ruolo che non è sovrapponibile ai colleghi.

### *2.3. Tipo di risposta ottenuto*

La risposta ottenuta ai questionari si può definire buona, in quanto sono stati raccolti tutti i questionari consegnati ai medici e 28 su 30 dei questionari consegnati agli infermieri, quindi non hanno risposto solo due infermieri. Il questionario ha avuto quindi una risposta del 94,7%.

Per quanto riguarda nello specifico le risposte date, c'è da dire che tutti i questionari raccolti sono stati compilati correttamente nella parte delle domande, mentre ci sono state forti omissioni nella sezione riguardante i dati personali, sia alle voci concernenti la fascia di età e il sesso, sia riguardo alla qualifica professionale, che per gli infermieri era divisa in professionale e generico.

Questo molto probabilmente in relazione al fatto che tutti gli interessati si conoscono tra loro e nonostante l'anonimato e le garanzie che i dati personali sarebbero serviti solo per l'elaborazione statistica, molti infermieri hanno probabilmente pensato che si potesse risalire ugualmente al compilatore.

Non è stato quindi possibile fare una valutazione dei dati che tenesse conto di fascia d'età, sesso e qualifica professionale: i dati sono stati per questo divisi in componente medica e infermieristica e tra i due reparti di appartenenza degli infermieri.

### *2.4. Dati emersi*

Da quest'indagine sono emersi molti dati interessanti rispetto al rapporto tra infermieri e medici, che per gli stessi argomenti si sono espressi in modo univoco in certi casi, mentre totalmente opposto, riguardo ad altri. Si è ritenuto opportuno soffermarsi su alcuni dati particolarmente significativi e che potessero essere punto di partenza per delle riflessioni ad ampio raggio, mentre si è preferito tralasciare alcuni elementi che non risultavano sufficientemente esplicativi, o i cui risultati non fossero di univoca lettura.

### *2.5. Dati significativi*

Dall'elaborazione del questionario sono emerse molte informazioni interessanti, alcune delle quali meritano che venga posta molta attenzione, soprattutto per quanto riguarda l'uniformità delle risposte date in alcuni casi, e l'emergere di pareri assolutamente opposti in altre.

In particolare se consideriamo i dati ottenuti analizzando ogni singola domanda, possiamo cominciare con alcune informazioni che sono emerse rispetto ai luo-

ghi dove avviene la comunicazione. I luoghi in cui si svolge maggiormente la comunicazione, sono la corsia, intesa anche come corridoio del reparto e presso il letto del malato, utilizzati soprattutto quando avviene il giro visita (grafico n. 1). Per quel che riguarda, invece, i luoghi che gli operatori preferirebbero, la preferenza è stata data alla stanza per le consegne, allo studio del caposala e allo studio medico, in percentuali poco differenti tra componente medica ed infermieristica. E' piuttosto interessante notare come i dati ottenuti alla prima domanda corrispondano in modo inversamente proporzionale a quelli della seconda (grafico n. 2). In sintesi, i luoghi in cui gli operatori ritengono opportuno svolgere la comunicazione, sono quelli in cui in pratica avviene meno. Questo può essere giustificato anche dal fatto che la corsia e la stanza del malato sono posti particolarmente disturbati. Si può notare, infatti, come i dati ottenuti dalla terza domanda diano vita ad un grafico (n. 3) che assomiglia in modo davvero notevole a quello che fa riferimento alla prima.

Pareri discordanti si possono vedere con la domanda riguardante il tempo dedicato alla comunicazione (grafico n. 4). I medici sono tutti concordi nell'affermare che il tempo dedicato per l'esposizione dei dati clinici ed assistenziali del malato, sia sufficiente, mentre le infermiere della sezione femminile sono tutte di parere contrario. Anche nella sezione maschile la maggior parte degli infermieri sostiene questa seconda ipotesi.

Gli infermieri lo imputano soprattutto alla mancanza di tempo da parte del medico, ma anche alla mancanza di attenzione e in percentuale non certo trascurabile pure alla mancanza di interesse (grafico n. 5).

Sempre per quanto riguarda lo scambio di informazioni, alla domanda n-6, è stato chiesto in quali momenti della giornata gli operatori abbiano maggiori informazioni cliniche ed assistenziali sul malato. Le risposte fornite non sono state univoche, ottenendo dei dati di difficile lettura (grafico n. 6) anche se può essere evidenziato come durante e dopo il giro visita si ottengano molti dati. In pratica gli operatori non sono esattamente concordi nell'identificare il momento della giornata in cui ottengano maggiori informazioni. E' probabile che sia anche questo uno dei motivi per cui al quesito successivo riguardante l'opportunità o meno di programmare il colloquio tra medico ed infermiere, una percentuale significativa (l'80,5%, 29 operatori su 36) ha affermato di essere d'accordo in proposito, trovando il consenso di tutte le infermiere della sezione femminile (grafico n. 7). Considerando inoltre, quando effettuare questo colloquio programmato, gli operatori si sono espressi in modo disomogeneo, ma emerge una preferenza sulle altre, tutti i giorni prima del giro visita (grafico n. 8).

Continuando con l'analisi dei dati, si passa ad un altro problema, quello dell'attenzione durante il colloquio: anche qui le opinioni dei medici sono quasi opposte a quelle degli infermieri, che affermano di non ricevere sufficiente attenzione (grafico n. 9).

Per quanto riguarda, invece la frequenza di risposte chiare alle domande, i medici affermano di ottenere quasi sempre risposte chiare, mentre gli infermieri tendono ad affermare di averle a volte, e in percentuale solo minore, quasi sempre. La reazione a risposte incomplete o poco chiare è di diverso tipo: in generale gli operatori

tendono a fare una domanda più precisa, a riformularla in modo diverso, oppure cercano di ottenere l'informazione in altro modo; alcuni chiedendo a qualcun altro.

Per quanto riguarda il linguaggio utilizzato durante la conversazione, in relazione ad alcuni aggettivi sono emersi pareri, a volte concordi, altre un po' meno. Possiamo affermare che il linguaggio secondo gli operatori, il linea di massima, risulta: abbastanza corretto, chiaro, sintetico, comprensibile ed esaustivo (grafico n. 10). Le caratteristiche di formalità ed approfonditezza, invece, sono state definite dai medici come abbastanza informale ed approfondito, mentre per gli infermieri sussistono pareri discordanti (grafici n. 11 e 12); considerando la velocità dell'eloquio si vede come per gli infermieri il tipo di linguaggio usato dai medici sia abbastanza/molto veloce, mentre per quest'ultimi né l'uno né l'altro (grafico n. 13).

Per quel che riguarda gli atteggiamenti che gli operatori riscontrano nei rispettivi interlocutori, anche in questo caso non vi sono delle opinioni univoche in proposito. I medici affermano tutti di riscontrare disponibilità ed attenzione, ma gli infermieri sono di parere opposto (grafici 14 e 17). Per quanto riguarda anche interesse ed apertura al colloquio, sembra che i medici vedano positivamente questi atteggiamenti negli infermieri (grafici n. 15 e 16). Dai dati relativi alla voce "costanza", si può notare come sia opinione diffusa che gli operatori siano, gli uni nei confronti degli altri, piuttosto incostanti.

Considerando poi la comunicazione verbale e non verbale, è stata segnalata la presenza di incongruenze, in modo maggiore dagli infermieri rispetto ai medici (grafico n. 18), notate soprattutto dall'atteggiamento e dall'espressione del viso, specie nei momenti di maggior fretta, lavoro e quando l'interlocutore non si sente libero di parlare (grafico n. 19).

Sono emersi anche dei dati riguardo al mancato ascolto (grafico n. 20), che risulta avere come elemento causale il poco tempo dell'interlocutore, anche se qualcuno ha affermato che vi sia anche un mancato interesse (grafico n. 21).

Per quanto riguarda invece il lavoro d'equipe, non sono emersi da parte degli operatori, dati significativi che facciano pensare alla presenza di conflitti.

## 2.6. Risultati

In conclusione, i dati che si sono ottenuti da quest'indagine, hanno fatto notare come infermieri e medici siano concordi rispetto ad alcuni punti importanti, quali la necessità di programmare il colloquio quotidianamente e di trovare sedi meno disturbate, che permettano di interagire al meglio gli uni con gli altri. D'altro canto, però, sono emersi anche dati opposti per quanto riguarda il tempo dedicato alla comunicazione, l'attenzione e gli atteggiamenti che gli operatori percepiscono reciprocamente.

Per quanto riguarda quindi gli elementi comuni, è importante sottolinearli come punto di partenza per un percorso collettivo finalizzato al miglioramento della comunicazione; i dati discordanti invece possono essere utilizzati da una parte per evidenziare i possibili problemi, celati o manifesti che rendono lo scambio di informazioni difficoltoso, dall'altro come spunto per un progetto che coinvolga le due

categorie di professionisti in un lavoro finalizzato alla collaborazione reciproca e al superamento delle barriere, così da rendere più armonica e coordinata l'attività dell'equipe assistenziale, per un miglioramento dell'assistenza al malato.

### 3. PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

#### 3.1. *Sensibilizzazione al problema*

Quando ci si trova di fronte ad un problema che coinvolge un certo numero di persone, come il caso di un reparto ospedaliero la prima cosa da fare, è quella di appurare se l'argomento coinvolge tutti coloro che compongono l'equipe assistenziale, oppure se vi siano degli operatori che risultano esserne estranei. In altre parole, si deve andare a vedere se quello della comunicazione viene percepito da tutti come un elemento basilare per ogni intervento sanitario dinamico rispondente ai bisogni del malato e perciò passibile di modifiche, oppure se qualcuno non ritiene opportuno andare ad apportare dei cambiamenti ad un sistema che sembra adeguato così com'è.

Nello specifico dell'indagine svolta nel reparto di chirurgia generale dell'ospedale di Feltre, i dati sembrano confermare che il problema suscita un certo interesse, considerando l'adesione del 94,7% alla compilazione del questionario, e solo due persone non hanno consegnato.

Sembra possibile quindi affermare che il problema della relazione all'interno dell'equipe sia sentito dalla maggior parte degli operatori, e che non sia necessaria un'ulteriore sensibilizzazione in proposito, ma che si possa partire già con la consapevolezza che ci si trova di fronte ad individui che sentono la questione come propria.

Si ritiene opportuno, dunque, iniziare con il delimitare meglio il problema, che non può essere affrontato nella sua globalità, perché si correrebbe il rischio di avere un orizzonte troppo vasto di indagine, con il pericolo di formulare degli obiettivi troppo generici, vasti e dispersivi, o semplicemente di perderli di vista durante il percorso di raggiungimento.

Si è deciso di porre particolare attenzione alla qualità delle caratteristiche dello scambio di informazioni, che risulta essere un elemento essenziale per erogare assistenza che possa soddisfare appieno l'utente, in quanto non è possibile pensare che se i dati che gli operatori si scambiano tra di loro sono tarati da incomprensioni e fraintendimenti, al malato arrivino delle informazioni chiare ed esaustive.

Nello specifico della comunicazione tra infermieri e medici, è sembrato opportuno mirare al concetto di qualità, intesa come scambio di dati efficace ed esplicativa, così da avere un punto di partenza per lo sviluppo e miglioramento dell'assistenza, fissando l'attenzione sui dati emersi dall'indagine svolta nel particolare contesto lavorativo, così da individuarne gli aspetti più significativi.

Dovendo, quindi, avere a che fare con una realtà precisa ed avendo a disposizione dati sicuri, forniti direttamente dai diretti interessati, si è ritenuto opportuno non solo fare delle considerazioni a carattere generale, ma entrare nello specifico,



per proporre dei suggerimenti che potessero essere utilizzati dall'unità operativa e che non rimanessero fini a se stessi.

### *3.2. Elementi di base su cui impostare il lavoro*

Per partire con sicurezza, rispetto alle ipotesi di miglioramento della comunicazione tra medico ed infermiere, tutti gli operatori devono avere ben chiari gli obiettivi del lavoro che dovranno svolgere e le motivazioni di fondo che lo giustificano. Infatti, è inutile andare ad investire tempo e risorse, in un percorso di cui non si ha ben chiaro il punto di partenza o quello di arrivo.

E' dunque indispensabile individuare delle motivazioni che siano condivise da tutti; la motivazione generale è quella di ottenere un miglioramento della comunicazione che possa incidere positivamente sul lavoro d'equipe, ed avere delle ricadute significative sulla qualità dell'assistenza offerta all'utente. D'altra parte una comunicazione efficace non può che avere degli effetti, anche sul clima lavorativo dell'equipe, rendendolo, per gli operatori, meno carico di tensioni e conflitti, che spesso si creano a causa di fraintendimenti ed incomprensioni.

Se è vero che, da una parte si affronta il problema per assicurare al malato un risultato migliore, è anche vero che non sono da trascurare gli effetti positivi di cui possono beneficiare infermieri e medici in un ambiente lavorativo aperto e disteso [52].

Pare importante, inoltre, che gli operatori prima di affrontare delle iniziative mirate al cambiamento delle modalità con cui avviene lo scambio di informazioni, di tipo clinico assistenziale ed organizzativo, debbano essere concordi nella definizione degli obiettivi che vogliono raggiungere e con quale modalità ottenerli.

Alcuni passi nella direzione della qualità sono già stati fatti dagli infermieri dell'Unità Operativa, in altri ambiti, e quindi essi si sono già attivati per ottenere dei risultati mirati a tal proposito, ma mai in collaborazione con i medici; in questo caso ci sarà anche l'esigenza dei professionisti di collaborare attivamente per trovare un punto di incontro, di cooperare per ottenere dei risultati soddisfacenti per entrambi. Non è, infatti, possibile pensare di conseguire degli obiettivi apprezzabili, se non vi è l'impegno da parte di ambedue le controparti; in un ambito come quello che stiamo considerando, che mette in gioco mittente e ricevente, che hanno uno scambio continuo e vicendevole dei ruoli, non si può pensare che esista un'interazione efficace, se manca la volontà di tutti gli interlocutori a comunicare.

Se poi ci si propone di realizzare una comunicazione di qualità, non è possibile lasciare al caso le dinamiche che legano, con rapporti precisi, colui che invia l'informazione a colui che la deve ricevere.

### *3.3. Proposte a carattere generale*

La comunicazione, verbale e non, sono dei mezzi che vengono normalmente utilizzati per lo scambio di informazioni, nella vita quotidiana, in ambito privato

come in quello pubblico. Proprio l'ampio utilizzo che ne viene normalmente fatto da tutti, nei più disparati contesti ed ambienti, determina la poca importanza, da un punto di vista progettuale, che le viene attribuita.

Infatti, tutti i cittadini utilizzano in modo più o meno significativo questo mezzo per veicolare delle informazioni, dirette agli altri oppure a se stessi, in quantità davvero straordinarie, se consideriamo che anche i pensieri, si manifestano con delle parole.

E' questo uno dei tanti motivi che porta a sottovalutare l'importanza e la necessità di utilizzare un linguaggio in maniera programmata e non casuale, con la consapevolezza che i caratteri della comunicazione influiscono sull'efficacia o meno del messaggio inviato. Succede spesso, infatti, che non venga data sufficiente importanza al modo con cui un'informazione è veicolata, perché in fondo non sono in molti ad essere consapevoli che il fatto di usare frequentemente un mezzo comunicativo, non vuol dire necessariamente saperlo usare bene. Un soggetto può parlare correttamente una lingua, senza sapere nulla della grammatica o della sintassi della stessa.

Una comunicazione non può essere qualitativa se si pone attenzione solo ai contenuti e non alle modalità con cui le informazioni vengono trasmesse. Infatti, una stessa informazione può essere inviata verbalmente ad un mittente con modalità molto differenti tra loro, al punto che il ricevente (che è comunque sempre l'interprete di ciò che recepisce), ne può ottenere contenuti molto diversi.

E' quindi molto importante che dei professionisti il cui profilo professionale prevede delle abilità di tipo tecnico, educativo e relazionale, siano consapevoli che non possono gestire la comunicazione in modo casuale, ma devono accordarle la giusta rilevanza nel processo di erogazione di un servizio. In particolare deve esservi la consapevolezza che non è possibile all'interno di un gruppo interdisciplinare, lasciare la relazione al caso, perché un primo essenziale passo per lavorare con altre persone, è quello di comprendere i messaggi che vengono vicendevolmente mandati.

### 3.3.1. La formazione sulla comunicazione

In questi ultimi anni sia in campo infermieristico sia medico, si è puntato molto alla formazione in campo relazionale[27,29,,30,37,48-51]. E' stata data sempre più importanza ad una comunicazione di qualità la cui efficacia non fosse subordinata al carattere o predisposizione individuale, ma fosse il risultato di una consapevole utilizzazione di mezzi e risorse che veicolassero un messaggio con delle precise caratteristiche, non legate alla buona riuscita del momento. Inizialmente questi tentativi sono stati promossi per offrire all'utente un servizio, attento non solo alla componente operativa dell'assistenza, ma anche a quella parte psico-emotiva che tanto influisce sulla qualità percepita dal cittadino. In particolar modo oggi, considerando i vertiginosi progressi effettuati della medicina, non è più possibile pensare all'assistenza come a singoli atti prodotti da singoli individui, ma ad attività diagnostiche e terapeutiche che coinvolgono più professionisti, che hanno la necessità di collaborare tra loro per il miglior risultato conseguibile.

Si è fatta avanti, quindi, anche la necessità di una formazione che investisse risorse per indirizzare gli operatori ad una collaborazione di un certo livello, cosicché ogni professionista non lavorasse indipendentemente vicino agli altri, ma in collaborazione con gli altri.

Il lavoro di una squadra di professionisti dovrebbe ottenere dei risultati che siano qualcosa di più della semplice somma degli interventi dei singoli operatori, un prodotto unico di qualità rilevante, non ottenibile altrimenti.

I primi spunti per una comunicazione organizzata in azienda, sono stati promossi a livello industriale, spostandosi dal campo del privato a quello del pubblico servizio grazie ad un'impostazione diversa che sta venendo avanti, rivolta ad un continuo miglioramento del prodotto offerto ed alla qualità percepita dal consumatore, che diventa cliente della struttura sanitaria.

### 3.3.2. La qualità come miglioramento del processo comunicativo

Per ottenere un miglioramento di tutto il sistema si deve sempre partire da quelli che sono gli anelli deboli della catena, cioè da quegli elementi che risultano più problematici, iniziando da proposte che coinvolgano ogni singola Unità Operativa. In particolare la formazione del personale sanitario è alla base della consapevolezza dei miglioramenti che possono essere apportati e di cui gli operatori stessi possono essere fautori.

E' quindi di vitale importanza che, per cercare di ottenere un cambiamento nelle modalità di scambio di informazioni, vi sia una presa di coscienza delle motivazioni che spingono a tali modifiche. La formazione alla qualità è un primo passo che molte aziende stanno affrontando, puntando l'attenzione su lavori che stimolino il personale ad essere promotori in prima persona di attività e proposte; si parte, infatti, dal presupposto che la qualità non può essere un'iniziativa calata dall'alto, ma debbano essere i singoli professionisti a farsene carico.

E' molto importante quindi che la formazione sulla qualità sia il punto di partenza per gli sviluppi successivi.

Allo stesso modo è essenziale che dei possibili cambiamenti nella dinamica della comunicazione all'interno dell'equipe interdisciplinare siano supportati da una formazione specifica in proposito.

Sono molte le proposte che sono state fatte, anche a livello universitario, per una formazione specifica sulla comunicazione, parlando di "competenze relazionali" [48,51] e di miglioramento nel campo del "saper essere" [29,30,37].

### 3.4. *Modifiche organizzative nella comunicazione*

Quanto emerso dalla ricerca conoscitiva svolta nel reparto di chirurgia hanno messo in evidenza dei dati importanti riguardanti la comunicazione tra i professionisti, che sono un ideale punto di partenza, in quanto facenti riferimento a convinzioni e pareri che gli operatori hanno espresso in prima persona riguardo al loro rapporto interprofessionale.

In particolare, rispondendo alle stesse domande, infermieri e medici, hanno fornito una panoramica precisa del proprio modo di intendere lo scambio di informazioni, offrendo dei dati che sono risultati in alcuni casi convergenti, mentre in altri davvero discordanti per non dire addirittura opposti.

Sembra opportuno partire dagli elementi che mettono d'accordo medici ed infermieri, in modo da fornire delle segnalazioni che possano essere accettate, in quanto rispondenti alle preferenze riscontrate dalle risposte al questionario.

#### 3.4.1. I luoghi della comunicazione

Come già sottolineato al capitolo precedente, tra i quesiti proposti agli operatori, i primi facevano riferimento ai luoghi della comunicazione tra infermieri e medici; ne sono emersi dei dati interessanti, soprattutto perché vedevano sostanzialmente d'accordo sia gli uni che gli altri, con dei valori percentuali significativamente simili. Infatti, si è potuto rilevare come lo scambio di informazioni avvenga prevalentemente presso il letto del malato ed in corsia intesa come corridoio del reparto di degenza. Questi luoghi sono risultati essere però anche i più disturbati, e quelli che meno hanno goduto del favore dei compilatori, alla domanda "Ritiene che sarebbe meglio organizzare la comunicazione in luoghi più idonei? Se sì quali?"

Viene spontaneo chiedersi per quale motivo, se la maggior parte degli operatori ha queste convinzioni in proposito, non sia mai stato fatto nulla per cambiare le cose: non dovrebbe, infatti, essere molto impegnativo riuscire ad organizzare lo scambio di informazioni in modo che avvenga in maniera preferenziale nei luoghi indicati, piuttosto che in quelli dove si svolge attualmente, visto che infermieri e medici concordano al riguardo. Inoltre, poiché gli elementi di disturbo individuati sono il telefono e la mancanza di privacy, basterebbe concordare di limitare il passaggio di telefonate e di cercare di allontanare o allontanarsi da ascoltatori che limitano la libertà comunicativa.

#### 3.4.2. I tempi della comunicazione

Un altro importante punto da non sottovalutare è il tempo dedicato alla comunicazione, che nello specifico della situazione considerata, vede medici ed infermieri su opposte posizioni in proposito. I primi, infatti, sono tutti concordi nell'affermare che il tempo dedicato allo scambio d'informazioni di tipo clinico ed assistenziale sul malato sia sufficiente, mentre gli infermieri no.

Questo può essere imputato soprattutto al fatto che solitamente l'infermiere lascia ampi spazi al medico, soprattutto per il ruolo predominante che costui riveste, e gli offre la possibilità di gestire la conversazione, cosa che invece probabilmente non accade in senso contrario; gli infermieri, infatti, sono soliti seguire il colloquio su un'impostazione, che nella maggior parte dei casi viene data dal medico: inoltre quest'ultimo non sempre sembra fornire sufficiente attenzione, come emerge dai dati raccolti alle domande 9 e 13 del questionario, che vedono i professionisti di opposti pareri in proposito.

Purtroppo gli operatori del settore sanitario si trovano sempre di fronte a dei

carichi di lavoro che risultano davvero molto impegnativi, e spesso si ritrovano con tantissime cose da fare, in un tempo relativamente ristretto; alcune volte si ritiene sia possibile “risparmiarne” decurtando quello dedicato ad attività che non sono propriamente viste come produttive. Sembra, infatti, che si possa fare a meno di spendere tempo e risorse per una componente che in fondo non dà manifestazioni immediate e concrete, e la cui parte materiale non può essere valutata, e quindi può apparire come inconsistente.

Alcune volte capita quindi che venga meno lo sforzo che dovrebbero compiere gli operatori ad investire sulla comunicazione, come elemento che, se utilizzato in modo opportuno e attento, non solo permette un migliore scambio di dati a favore dell’utente, ma anche di limitare il tempo perso in inutili ripetizioni e chiarimenti. Questo può essere confermato dalla domanda n-10 del questionario, che mette in evidenza come gli infermieri lamentino di non ottenere sempre delle risposte chiare dai medici, e siano costretti a mettere in atto dei feedback comunicativi che permettano loro di avere ugualmente l’informazione richiesta.

E’ molto importante dare rilevanza agli elementi fin qui sottolineati, per cercare di ottenere due tipi di risultati: da una parte promuovere una presa di coscienza di tutti gli operatori affinché non considerino la comunicazione come un elemento di contorno alla pratica assistenziale, ma come unità essenziale per una collaborazione efficace; dall’altra cercare di stimolare le due controparti a venirsi incontro, gli uni provando a dedicare più tempo e maggior attenzione ai colleghi, gli altri ad indirizzare la conversazione sui dati di cui hanno necessità, non permettendo che vengano boicottati o messi in secondo piano dagli interlocutori. Ci deve quindi essere un impegno a non voler a tutti i costi sintetizzare la conversazione entro confini che indirizzano in un unico senso, ed un maggior impegno perché la comunicazione non sia considerata come un semplice tramite di scambio, ma come un mezzo per rendere possibile la collaborazione all’interno dell’equipe.

### 3.4.3. Le caratteristiche della comunicazione

Gli operatori per quanto riguarda le caratteristiche del linguaggio comunicativo, in riferimento a degli aggettivi contrapposti, alla domanda n-12 del questionario, hanno evidenziato degli elementi che sottolineano delle opinioni univoche in alcuni casi, antitetiche in altri. Il quesito si articolava offrendo otto coppie di aggettivi contrari, con la richiesta di porre una croce su una graduatoria, che andasse da un estremo all’altro dei due aggettivi.

Per quanto concerne voci quali “linguaggio chiaro, esaustivo, corretto, sintetico e comprensibile” tutti gli operatori, sia medici che infermieri hanno manifestato pareri molto simili: non è avvenuto lo stesso in altri casi. Ad esempio alla voce “formale”, analizzando i dati, si è ottenuto un grafico che non dà informazioni univoche rispetto al parere dei professionisti, anche se per i medici risulta in linea di massima abbastanza informale. Nel caso, invece, della voce “superficiale”, i medici affermano, malgrado le previsioni, che il linguaggio usato dagli infermieri sia abbastanza approfondito, mentre sono gli infermieri a considerare quello dei colleghi, tendenzialmente superficiale.

Altro elemento degno di rilievo emerge all'aggettivo "lento-veloce": per gli infermieri, infatti, l'eloquio usato dai medici è abbastanza-molto veloce, mentre quest'ultimi non lo definiscono né in un modo né nell'altro.

In questa circostanza si vuole sottolineare come differenti pareri ruotino intorno alle caratteristiche della comunicazione, e come non sia probabilmente possibile mettere d'accordo tutti in proposito. Inoltre prima di proporre delle modifiche si dovrebbero effettuare degli accertamenti mirati per vedere se un aggettivo piuttosto che un altro abbia delle caratteristiche negative, e si riferisca ad una situazione che possa essere d'ostacolo allo scambio di informazioni: non è possibile, in effetti, dire a priori se un linguaggio formale sia positivo o meno; potrebbe anche darsi che l'informalità sia favorevole al mantenimento di rapporti più stretti tra gli operatori e quindi vantaggioso per il lavoro in equipe.

E' comunque opportuno affermare che, se i professionisti desiderano puntare ad una comunicazione di qualità, devono tener conto che questi aspetti non possono essere tralasciati, perché un dialogo, che per uno degli interlocutori risulta troppo veloce, può essere difficile da seguire, e non sempre l'interazione tra mittente e ricevente risulta valida.

### 3.5. *L'importanza di metacomunicare*

Il concetto di metacomunicazione fa riferimento alla capacità e possibilità di parlare della comunicazione, come la definirono banalmente gli autori della scuola di Palo Alto [Watzlawick, Beaving e Jackson], "comunicare sulla comunicazione", che sembra essere una cosa tanto semplice, quanto poco attuata. Infatti, capita spesso che durante un colloquio l'interlocutore parli troppo in fretta o con un tono di voce troppo basso, ma se la conversazione è molto formale può risultare difficile che ci si senta tranquilli nell'interrompere l'altro per fargli degli appunti in proposito. Pensiamo, infatti, quanto a volte sia faticoso dire: "Non ho capito; può ripetere?"

Tra professionisti che lavorano gli uni a fianco degli altri questa possibilità di metacomunicare dovrebbe essere sfruttata a pieno, cercando di ridurre tutti quegli elementi che sono d'ostacolo alla comprensione reciproca. Infatti, i soli sistemi di feedback inviati di rimando dal ricevente al mittente, non sono sempre sufficienti per limitare fraintendimenti e malintesi.

In alcuni casi basterebbe dire di non aver capito, oppure fare semplici richieste, quali quelle di parlare più lentamente, con un tono di voce più alto, di specificare meglio il contenuto di una frase.

In effetti, sembra essere una cosa così banale, che non è certo difficile da fare, tanto che basterebbe pensarci per metterla in atto; fatto sta che invece questo non accade poi di frequente come ci si aspetterebbe.

### 3.6. *Programmare il colloquio: un momento di confronto e una possibilità di incontro*

Forse è proprio per questo che gli operatori sono concordi nel programmare il colloquio.

Ad una delle domande proposte nel questionario, infatti, una gran percentuale di operatori (più dell'80%, 29 su 36), ha affermato di ritenere opportuno il fatto di programmare il colloquio. E' un dato a cui deve essere data l'importanza che merita, soprattutto se consideriamo che lo scambio di informazioni all'interno del reparto ospedaliero, anche se in modo informale, risulta essere programmato, in quello che viene definito dagli operatori "giro visita".

Per essere precisi nella domanda in questione si chiedeva esattamente: "Se non è presente uno scambio di informazioni in un momento della giornata prestabilito, ritiene che sarebbe utile/opportuno programmare il colloquio medico-infermiere?" Ciò vuol dire che la maggior parte degli operatori non considera il giro visita come un momento programmato, e che sarebbe favorevole affinché se ne organizzasse uno. Inoltre alla domanda successiva è stato chiesto quando gli operatori favorevoli alla proposta avrebbero effettuato questo colloquio: i dati emersi mettono in luce come il momento della giornata preferito vari, ma un elemento rimanga certo: effettuare questo colloquio tutti i giorni.

E' possibile che i professionisti sentano il bisogno di una comunicazione che sia stabilita con dei limiti più formali, che sia regolare e che, in quanto programmata, veda tutti gli operatori su di uno stesso piano. Infatti accade spesso che i medici affrontino un colloquio globale all'interno del reparto quando hanno del tempo a disposizione, ad un orario che decidono loro, dedicando il tempo che ritengono più opportuno. Questo all'interno di un'equipe assistenziale non permette sempre uno scambio aperto, perché basato su delle condizioni che vengono disposte di volta in volta da uno specialista piuttosto che da un altro, non offrendo garanzie di uniformità.

Un colloquio programmato, invece, per prima cosa, dispone che vi sia un tempo preciso destinato alla comunicazione, mettendola a tutti gli effetti nell'elenco delle attività assistenziali della routine lavorativa; in secondo luogo dà la possibilità di non ritrattare, in caso di poco tempo o in base alla disponibilità del medico; inoltre, in quanto scambio di dati organizzato, permette agli infermieri di aprirsi uno spazio maggiore all'interno di una conversazione che deve avere le caratteristiche di reciprocità e di pari importanza.

#### 4. CONCLUSIONI

Il problema della comunicazione risulta significativo in tutti gli ambienti di interesse umano, in particolare in quei contesti che prevedono delle relazioni significative tra individui.

Anche in ambito sanitario la comunicazione riveste una notevole importanza, specie se si considera che molto spesso risulta essere un elemento trascurato, non solo da parte dei singoli operatori, ma anche dalla componente organizzativa.

Ciò non dovrebbe accadere, soprattutto in questi ultimi anni, che vedono una sempre maggior ricerca di qualità della prestazione erogata al cittadino, quale *cliente* della struttura sanitaria. Non si deve infatti sottovalutare l'importanza che riveste una buona relazione comunicativa all'interno dell'equipe interdisciplinare, in quanto significativamente legata alla qualità percepita dall'utente.

L'indagine affrontata in questo lavoro si è proposta di ottenere delle informazioni riguardo alle dinamiche comunicative degli operatori, in particolare tra infermieri e medici, che sono i professionisti maggiormente a contatto con la persona malata e che rivestono un ruolo predominante nell'attività assistenziale.

Comunque, è giusto sottolineare come, non vi siano propositi di esaustività, rispetto ad un argomento tanto complesso quale quello della comunicazione e la valutazione della sua qualità, ma semplicemente di offrire dei dati e degli spunti di riflessione in proposito.

Alla base dell'indagine sono stati posti alcuni presupposti di tipo empirico la cui natura risiede nell'osservazione di un problema di un certo rilievo, cioè la comunicazione non sempre soddisfacente che coinvolge gli operatori.

Dall'osservazione della realtà lavorativa, confermata poi dalla revisione bibliografica, sono emersi dei dati molto interessanti a conferma della difficoltà di comunicare che hanno medici ed infermieri, non solo nella realtà italiana, ma anche in quella straniera, evidenziando come tutto questo non possa che ricadere in maniera negativa sulla qualità del servizio che viene offerto dalla struttura sanitaria.

Questo, da una parte, a causa del clima poco favorevole in cui sono costretti ad operare gli operatori, che ne risentono in motivazione, qualora i rapporti con i colleghi siano compromessi, dall'altra la poca soddisfazione qualitativa percepita dall'utente, nel caso in cui una comunicazione confusa o tarata da fraintendimenti, renda meno chiare informazioni che arrivano al malato.

In particolare nei reparti di natura chirurgica, piuttosto che quelli medici, si rileva una difficoltà di comunicazione degli operatori, per motivi che vanno dal poco tempo trascorso dal medico in reparto, rispetto alla sala operatoria, al tipo di formazione specialistica, che vede la contrapposizione tra infermieri e medici, rispetto alle attenzioni di tipo psicologico al malato.

Tutto ciò è stato confermato sempre dalla revisione bibliografica, che ha fornito dei dati a carattere generale, rispetto all'importanza della qualità della comunicazione e delle sue ricadute su tutto il lavoro di equipe.

Inoltre dati specifici ed attuali sono stati ricavati da una ricerca condotta all'interno del reparto chirurgico dell'ospedale di Feltre, U.L.S.S. n-2 della regione Veneto.

Tale ricerca si proponeva di sondare, durante il tirocinio clinico, alcuni tra gli aspetti più problematici nella relazione tra infermieri e medici, con una griglia di osservazione predisposta in precedenza, che permettesse poi la preparazione di un questionario da somministrare ai professionisti, che confermasse o meno i dati ricavati dall'osservazione; ne sono state ottenute delle informazioni molto interessanti, rispetto alla qualità della comunicazione verbale e non verbale, e alle opinioni che gli operatori hanno riguardo ai colleghi.

Sono da segnalare soprattutto l'omogeneità di alcune risposte date da infermieri e medici, ad alcune domande, mentre per altre sono emersi pareri discordanti, addirittura contrapposti, che mettono in luce in modo molto significativo la visione delle due categorie di operatori sanitari.

La risposta ottenuta ai questionari si può definire buona, in quanto sono stati raccolti tutti i questionari consegnati ai medici, e 28 su 30 dei questionari conse-



gnati agli infermieri, quindi non hanno risposto solo due infermieri. Il questionario ha avuto quindi una risposta del 94,7%.

Per quanto riguarda nello specifico le risposte date, c'è da dire che tutti i questionari raccolti sono stati compilati correttamente nella parte delle domande, mentre ci sono state forti omissioni nella sezione riguardante i dati personali, sia alle voci concernenti la fascia di età e il sesso, sia riguardo alla qualifica professionale (professionale o generico).

Questo probabilmente in relazione al fatto che il questionario coinvolgeva degli operatori che si conoscono tutti tra di loro e nonostante le garanzie di anonimato, specificando inoltre che i dati personali sarebbero serviti solo per l'elaborazione statistica, molti infermieri hanno pensato che si potesse risalire ugualmente al compilatore.

Analizzando nello specifico i dati e partendo dai luoghi della comunicazione, quelli in cui gli operatori effettuano con maggior frequenza lo scambio di dati, sono la stanza del malato e il corridoio, che si segnalano per essere quelli più disturbati. Infatti, gli operatori affermano di preferire alla stanza per le consegne, allo studio del caposala e allo studio medico, in percentuali poco differenti tra componenti medica ed infermieristica.

Anche i grafici mettono in evidenza questa condizione, e si può notare come il primo assomigli in modo significativo al terzo e in maniera inversamente proporzionale al secondo.

Pareri discordanti si possono vedere con la domanda riguardante il tempo dedicato alla comunicazione (grafico n. 4). I medici sono tutti concordi nell'affermare che il tempo dedicato per l'esposizione dei dati clinici ed assistenziali del malato, sia sufficiente, mentre gli infermieri sono di parere contrario. Quest'ultimi lo imputano soprattutto alla mancanza di tempo da parte del medico, ma anche alla mancanza di attenzione e in percentuale non certo trascurabile pure alla mancanza di interesse (grafico n. 5).

Sempre per quanto riguarda lo scambio di informazioni, alla domanda n-6, è stato chiesto in quali momenti della giornata gli operatori abbiano maggiori informazioni cliniche ed assistenziali sul malato. Le risposte fornite non sono state univoche, ottenendo dei dati di difficile lettura (grafico n. 6), anche se può essere evidenziato come durante e dopo il giro visita si ottengano molti dati. E' quindi possibile che la non concordanza delle risposte sia legata ad una poca capacità degli operatori di individuare degli spazi ben definiti per il colloquio, per cui al quesito successivo riguardante l'opportunità o meno di programmare il colloquio tra medico ed infermiere, una percentuale significativamente alta (l'80,5%, 29 operatori su 36) ha affermato di essere d'accordo in proposito (grafico n. 7), e inoltre proponendo una scadenza giornaliera (grafico n. 8).

Continuando con l'analisi dei dati, si passa ad un altro problema, quello dell'attenzione durante il colloquio: anche qui le opinioni dei medici sono quasi opposte a quelle degli infermieri, che affermano di non ricevere sufficiente attenzione (grafico n. 9).

Per quanto riguarda, invece la frequenza di risposte chiare alle domande, i medici affermano di ottenere quasi sempre risposte chiare, mentre gli infermieri

tendono ad affermare di averle a volte, e in percentuale solo minore, quasi sempre.

Altri dati emersi in relazione ad alcuni aggettivi proposti alla domanda n-12, evidenziano come secondo gli operatori, il linea di massima, il linguaggio sia: abbastanza corretto, chiaro, sintetico, comprensibile ed esaustivo (grafico n-10). Le caratteristiche di formalità ed approfonditezza, invece, sono state definite dai medici come abbastanza informale ed approfondito, mentre per gli infermieri sussistono pareri discordanti (grafici n-11 e 12); considerando la velocità dell'eloquio si vede come per gli infermieri il tipo di linguaggio usato dai medici sia abbastanza/molto veloce, mentre per quest'ultimi né l'uno né l'altro (grafico n-13).

Per quel che riguarda gli atteggiamenti che gli operatori riscontrano nei rispettivi interlocutori, anche in questo caso non vi sono delle opinioni univoche in proposito. I medici affermano tutti di riscontrare disponibilità ed attenzione, ma gli infermieri sono di parere opposto (grafici 14 e 17). Alle voci "interesse" ed "apertura" al colloquio sembra che i medici vedano positivamente questi atteggiamenti negli infermieri, un po' meno viceversa (grafici n-15 e 16). Dai dati relativi al termine "costanza", si può notare come sia opinione diffusa che gli operatori siano piuttosto incostanti, gli uni nei confronti degli altri.

Considerando poi la comunicazione verbale e non verbale, è stata segnalata la presenza di incongruenze, in modo maggiore dagli infermieri rispetto ai medici (grafico n-18), notate soprattutto dall'atteggiamento e dall'espressione del viso, specie nei momenti di maggior fretta, lavoro e quando l'interlocutore non si sente libero di parlare (grafico n-19).

Sono emersi anche dei dati riguardo al mancato ascolto (grafico n-20), che risulta avere come elemento causale il poco tempo dell'interlocutore, anche se qualcuno ha affermato che vi sia anche un mancato interesse (grafico n-21).

In generale ne emerge quindi un quadro di insoddisfazione soprattutto degli infermieri nei confronti dei medici, che da parte loro sono tendenzialmente meno critici con i colleghi. Non è possibile però dire se ciò sia legato ad una maggior sensibilità dei primi alle problematiche del colloquio, oppure perché tendenzialmente portati ad una chiusura verso i colleghi medici.

In ogni caso ci sembra importante aver messo in risalto quali sono gli ostacoli percepiti dalle due controparti, e utilizzarli come base, per poter apportare delle modifiche significative alle dinamiche e alla qualità della comunicazione.

Inoltre la trattazione si è occupata anche delle possibili cambiamenti di tipo organizzativo e formativo da proporre, sia a livello generale, sia nello specifico, per ottenere un miglioramento della qualità relazionale tra i professionisti all'interno dell'equipe.

Innanzitutto è importante partire dalla sensibilizzazione al problema, anche se in questo caso sembra non essere necessario, vista la risposta al questionario, che evidenzia un notevole interesse per l'argomento.

Gli elementi di base proposti, su cui impostare il lavoro, per uno scambio d'informazioni efficace, sono stati da una parte iniziative a carattere generale, quali la formazione sulla comunicazione e sull'importanza della qualità della stessa, dall'altra modifiche organizzative finalizzate a favorire la relazione, in riferimento ai dati specifici ottenuti dall'indagine attuata con il questionario.

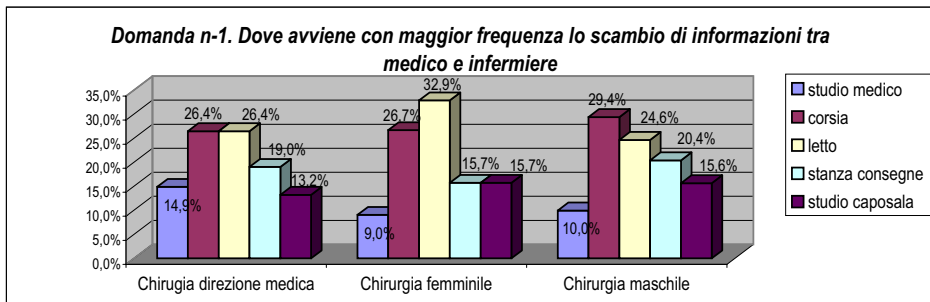


Grafico n.1: Dove avviene con maggior frequenza lo scambio di informazioni tra medico e infermiere.

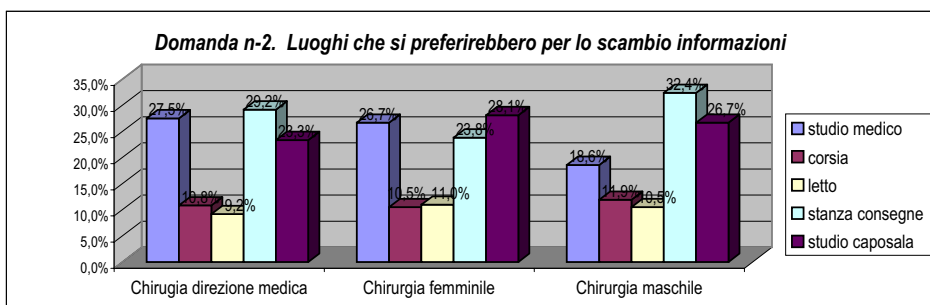


Grafico n-2: Luoghi che gli operatori preferirebbero per lo scambio di informazioni.

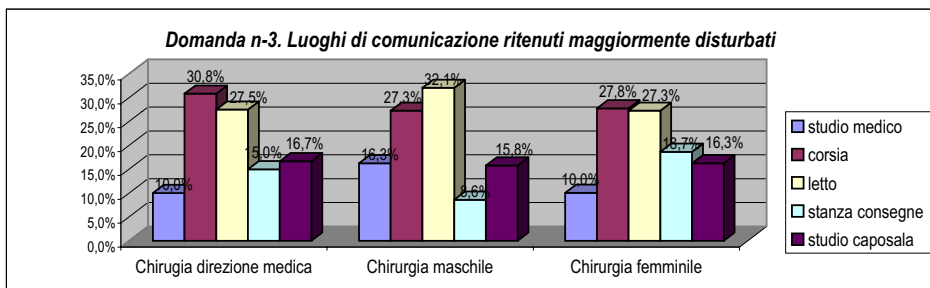


Grafico n-3: Luoghi in cui avviene la comunicazione, che gli operatori ritengono più disturbati.

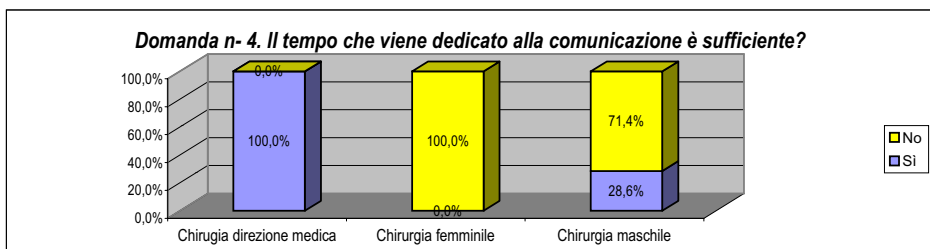


Grafico n-4: Opinione degli operatori rispetto al tempo dedicato alla comunicazione.

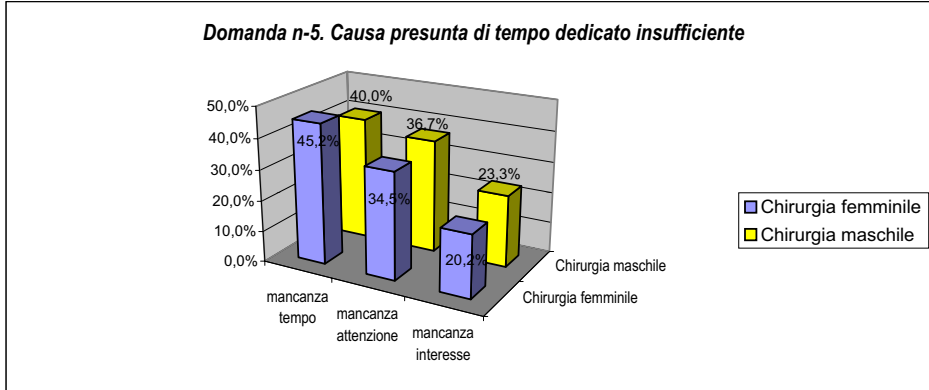


Grafico n-5: Causa, presunta dall'operatore, per cui viene dedicato tempo insufficiente alla comunicazione.

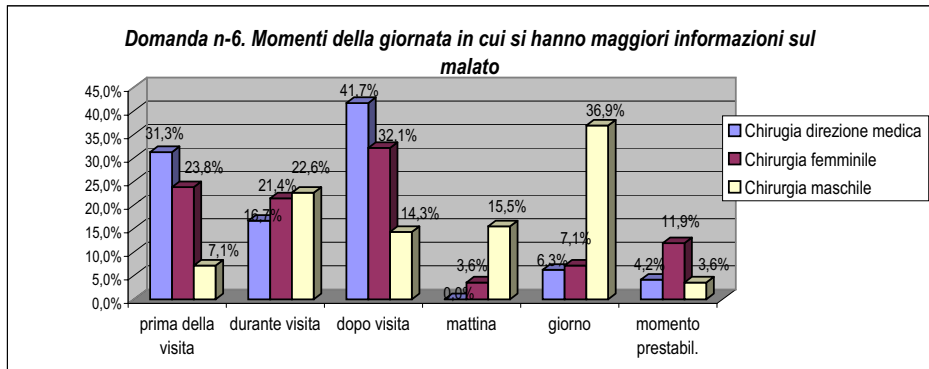


Grafico n-6: Momenti della giornata in cui si hanno maggiori informazioni sul malato.

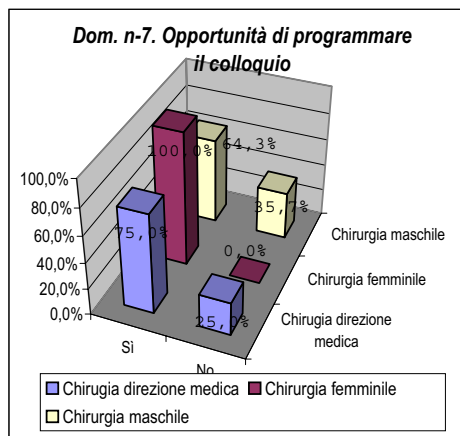


Grafico n-7: Utilità / opportunità di programmare il colloquio tra medici ed infermieri.

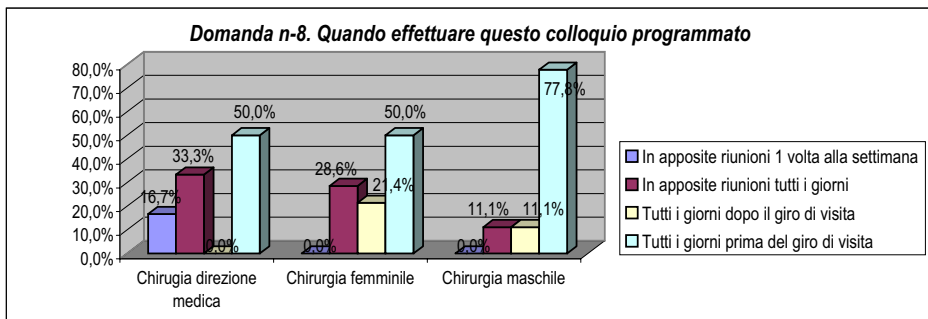


Grafico n-8: Quando effettuare il colloquio programmato tra medico ed infermiere. (Si tiene conto dei dati in percentuale rispetto a coloro che hanno risposto affermativamente alla possibilità di programmare il colloquio)

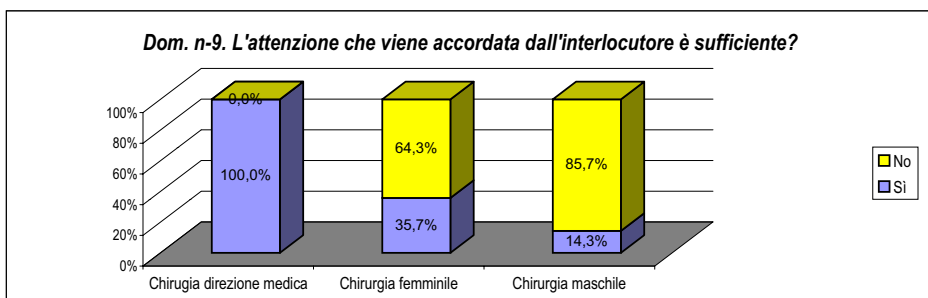


Grafico n-9: Attenzione che viene accordata dall'intellocutore sufficiente durante il colloquio.

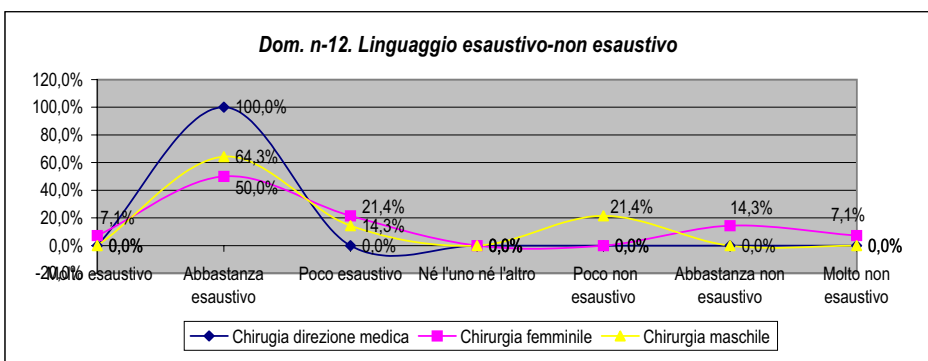


Grafico n-10: Tipo di linguaggio utilizzato durante lo scambio di informazioni tra medico ed infermiere. Si faceva riferimento nella domanda all'esattività del linguaggio utilizzato.

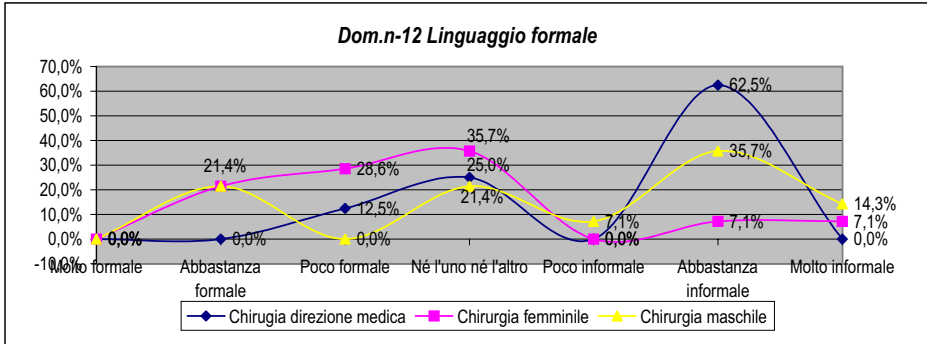


Grafico n-11: Tipo di linguaggio utilizzato durante lo scambio di informazioni tra medico ed infermiere. Si faceva riferimento nella domanda alla formalità o meno del linguaggio utilizzato.

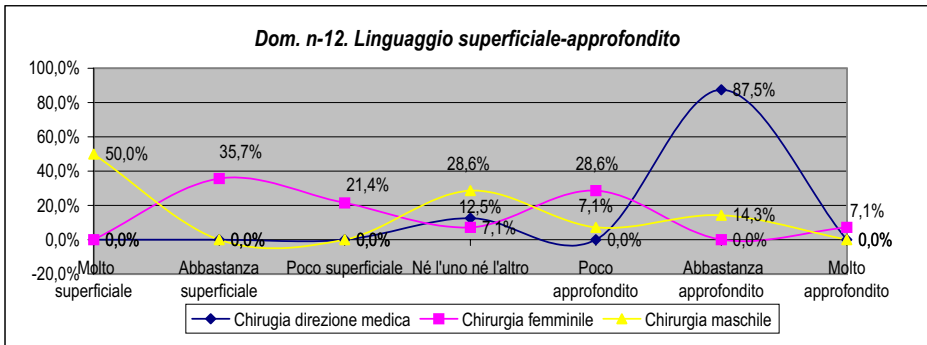


Grafico n-12: Tipo di linguaggio utilizzato durante lo scambio di informazioni tra medico ed infermiere. Si faceva riferimento nella domanda alla superficialità del linguaggio utilizzato.

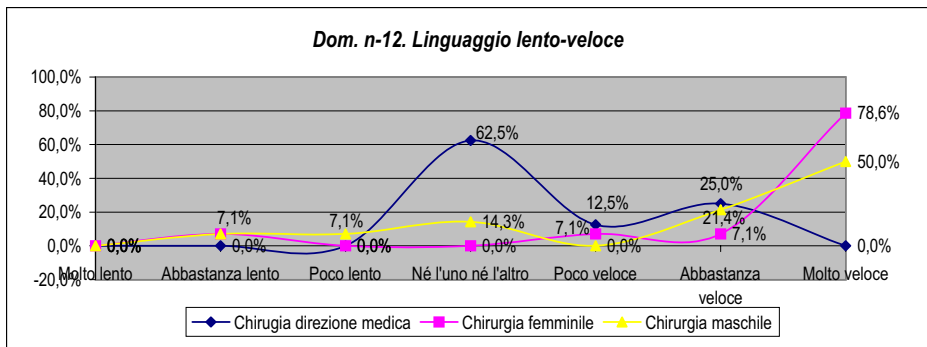


Grafico n-13: Tipo di linguaggio utilizzato durante lo scambio di informazioni tra medico ed infermiere. Si faceva riferimento nella domanda alla velocità o lentezza del linguaggio utilizzato.

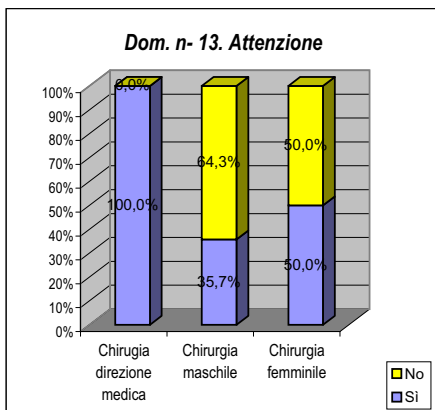


Grafico n-14: Riscontro di attenzione durante il colloquio

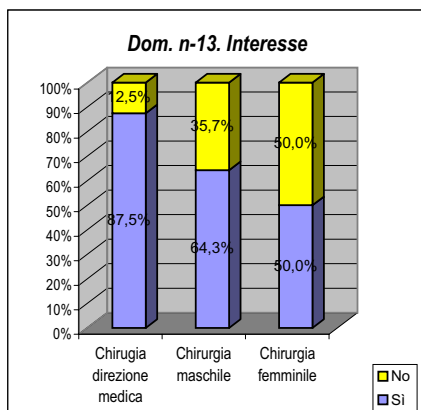


Grafico n-15: Riscontro di interesse durante il colloquio

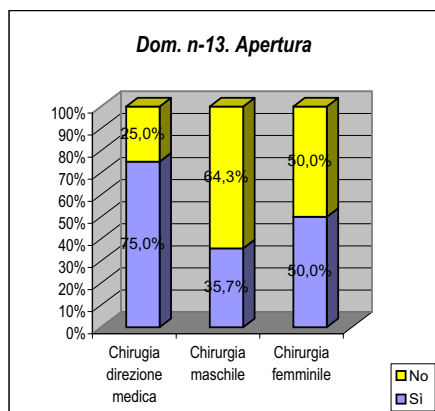


Grafico n-16: Riscontro di apertura durante il colloquio

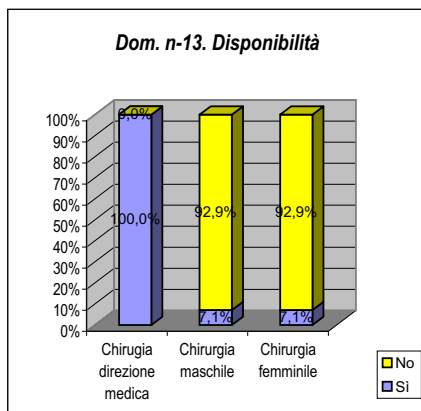


Grafico n-17: Riscontro di disponibilità durante il colloquio

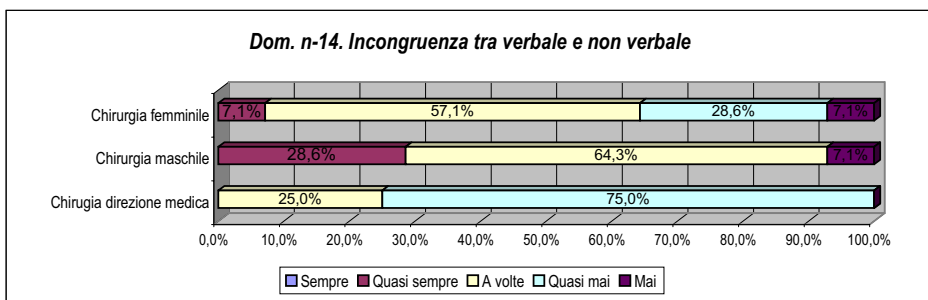


Grafico n-18: Incongruenza tra verbale e non verbale dell'interlocutore durante la comunicazione

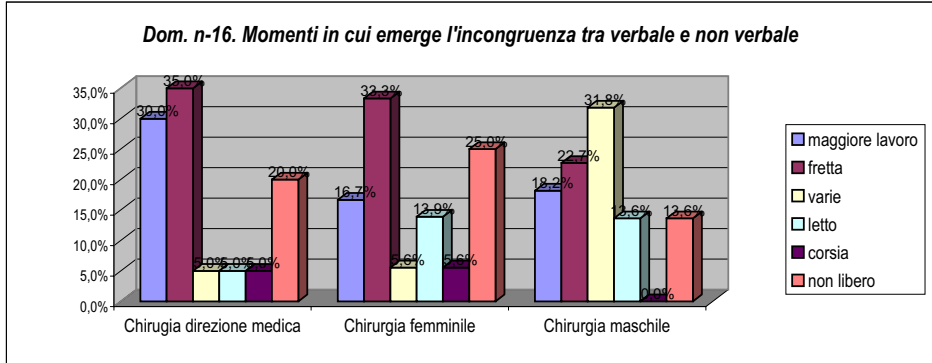


Grafico n-19: Cause e momenti in cui gli operatori notano maggiore incongruenza tra verbale e non verbale.

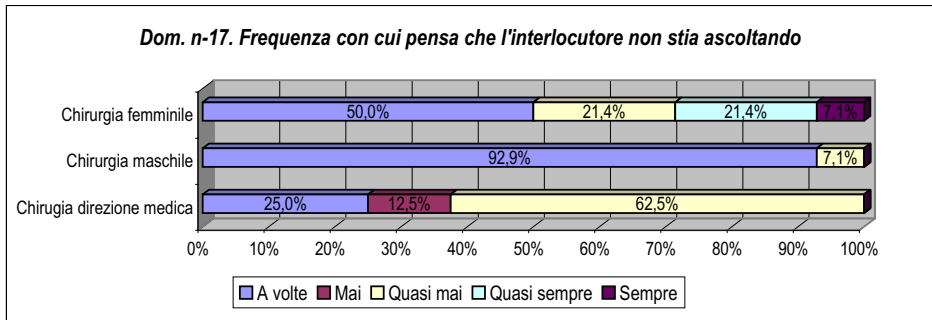


Grafico n-20: Frequenza con cui l'operatore pensa che l'interlocutore non lo stia ascoltando

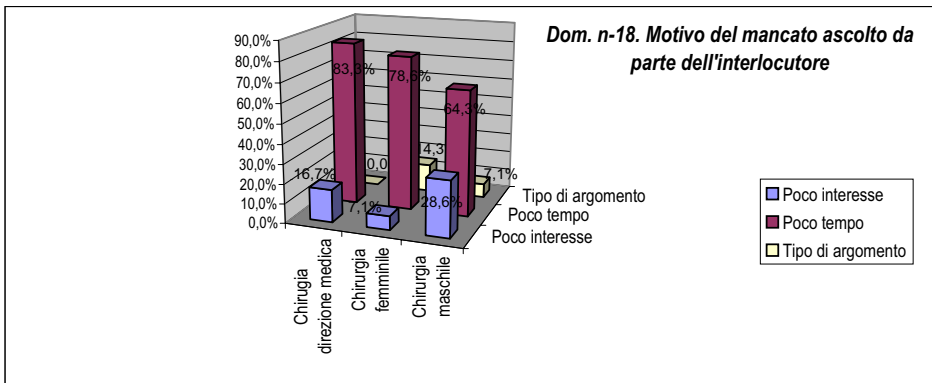


Grafico n-21. Motivi a cui l'operatore imputa il mancato ascolto da parte dell'interlocutore



I luoghi, i tempi e le caratteristiche della comunicazione sono le componenti principali a cui fare riferimento per cercare di ottenere uno scambio di dati programmato, omogeneo e non casuale, pianificando degli spazi durante la giornata che vengano dedicati appositamente per questa attività.

Inoltre viene data grande importanza alla metacomunicazione, intesa come capacità degli operatori di soffermarsi sulle caratteristiche della comunicazione stessa e di apportarvi delle modifiche che siano funzionali alla possibilità di comprendersi, limitando fraintendimenti e incomprensioni.

Non dimentichiamo inoltre che risulta elemento di rilievo il fatto di programmare il colloquio, visto come momento di confronto e una possibilità d'incontro. Un colloquio programmato, dispone che vi sia un tempo preciso destinato alla comunicazione, mettendola a tutti gli effetti nell'elenco delle attività assistenziali della routine lavorativa; in secondo luogo dà la possibilità di non ritrattare lo spazio dedicatole, in caso di poco tempo o in base alla disponibilità del medico; inoltre, in quanto scambio di dati organizzato, permette agli infermieri di aprirsi uno spazio maggiore all'interno di una conversazione che deve avere le caratteristiche di reciprocità e di pari importanza.

#### RIASSUNTO

L'autore analizza le problematiche della comunicazione medico – infermiere in un reparto chirurgico. Il clima di comprensione, di rispetto, di dignità tra professionisti favorirà i processi di cura e di guarigione nello stesso paziente, che si sentirà accolto, accettato e valorizzato nella sua fragilità.

#### SUMMARY

The author analyzes the physician-nurse communication problems in a surgical ward. A climate of understanding, respect and dignity among professionals is bound to enhance even the treatment and recovery of patients who are going to feel welcomed, accepted and enhanced in their frailty.

#### BIBLIOGRAFIA

1. AMATURO ENRICA. Messaggio simbolo comunicazione. Introduzione all'analisi del contenuto. 1993. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
2. ARGYLE MICHAEL. Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale. 1978
3. BARNARD C. The Functions of the Executive, Harvard College, Mass. 1938
4. BARNI MAURO. Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale del medico, Atti del congresso, Certosa di Pontignano, Siena, 5-6 febbraio 1999. Milano, Giuffrè Editore, 1999
5. BARTLETT C.A., GHOSHAL S. Il ruolo del management dai sistemi alle persone. Harvard Business Review. Gennaio-febbraio 1996.
6. BASSATTI O. Relazione infermieristica e lavoro in equipe. Rosini Editrice Firenze. 1992
7. BECCASTRINI STEFANO, BIOCCHA MARIO, COSTA GIUSEPPE, TONELLI SERGIO. Il mestiere di condurre: una guida per l'animatore di formazione. Editoriale toscana, 1990:
8. BELLOMO A., SUMA D., LOTTI A., ALBANO M.G., MARTINO V. Psicopedagogia medica: la formazione in "communication skill" in Facoltà innovative e nel Curriculum parallelo

- Sperimentale (CPS) – Bari. Da *Pedagogia medica*. 1990. n.3
9. BIRKENBIHL VERA F. Segnali del corpo. Come interpretare il linguaggio corporeo. Franco Angeli Trend. 1995.
  10. BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE DEL VENETO – 16.09.1994 – N.77 Legge regionale 14 settembre 1994. n.56
  11. BONALDI ANTONIO. Dall'ufficio al sistema qualità aziendale. Q.A. Dicembre 1999.
  12. BONE DIANE. L'arte di ascoltare. Come ottenere molto di più nello studio e nel lavoro diventando buoni ascoltatori. Franco Angeli Trend. 1994.
  13. BOSSI A., CORTINOVIS I., DUCA P., MARUBINI E. Introduzione alla statistica medica. La Nuova Italia Scientifica, Roma. 1991
  14. CADORE FRANCO. La comunicazione efficace. Da *Professionalità*, n.52. Luglio/agosto 1999.
  15. CAPRARA GIAN VITTORIO, BARBANELLI CLAUDIO. La misurazione della personalità in ambito organizzativo: i Big Five. Da *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*. Ed. Franco Angeli.
  16. CASCIOLI SERENA. Il marketing strategico nei servizi sanitari. La filosofia e gli strumenti operativi. Ed. Franco Angeli. 1999.
  17. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995. Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari". Il Presidente del Consiglio dei Ministri.
  18. DE REAVE L., The nurse under physician authority: commentary, *Journal of Medical Ethics*, 1993, 19: 228-229;
  19. DI ORIO FERDINANDO. Statistica medica: le basi quantitative della ricerca biomedica. La Nuova Italia Scientifica, Roma. 1990
  20. GALBRAIT J.R. *Organization Design*, Eddison Wesley, Reading, Mass. 1977.
  21. GALGANO-SUMMIT. La qualità del servizio: lo stato dell'arte in Italia. 1993, FrancoAngeli Editore.
  22. GUETZKOW. In *Handbook of Organization*, a cura di J.G. March. 1965
  23. HEIDER JOHN. *The Tao of leadership*. Ed Wildwood House.
  24. HINDE ROBERT A. La natura della comunicazione, 1977, Edizioni La terza
  25. HINDE ROBERT A. La comunicazione non verbale nell'uomo. 1977, Edizioni La terza.
  26. KETS DE VRIES MANFRED F.R. Gestire le ambiguità di leadership e potere. Da *Leader giuliani e impostori*. Raffaello Cortina Editore.
  27. KINGA KALDOR M., PINESCHI ALBERTO, PITACCO GIULIANA. La formazione del personale infermieristico nei servizi materno-infantili: il videotape per lo sviluppo delle attitudini comunicative. Da *Pedagogia medica*, 1989, vol. 3, n-3.
  28. LIRUTTI MORENO, La qualità dell'assistenza infermieristica e la sua valutazione. Da *Atti del XIII Congresso Nazionale, Consociazione Nazionale Infermiere-Infermieri e altri operatori sanitario-sociali*, Verona 1988, Arti Grafiche Nemi, Roma
  29. LOTTI ANTONELLA. Lo Skillslab, il laboratorio didattico nella Facoltà di Medicina. Da *Pedagogia medica*, 1990, vol. 4, n-3.
  30. LOTTI A., ALBANO M.G. La formazione al rapporto medico-paziente: esperienze didattiche avanzate. Da *Pedagogia medica*. 1991. n.5
  31. MARTINO VINCENZO. Vision, valori, leadership: il caso Boehringer Ingelheim. *FOR, Rivista per la formazione*, n.42, 2000.
  32. MANGANELLI, RATTAZZI. Il questionario. Aspetti teorici e pratici. CLEUP, Editrice Padova. 1990.
  33. MARZOLINI LEONILDE, CARACCI GIANNI. I gruppi di miglioramento della qualità e i percorsi per l'accreditamento di eccellenza nell'Azienda Unità Sanitaria Locale, Roma "C". Q.A. Marzo 1999.
  34. MATTIOTTI A., CRESTANA N., TREVISANI A.I. *Psicologia e professione infermieristica*.

- Casa Editrice Ambrosiana, Milano. 1991.
35. MAY T., The nurse under physician authority, *Journal of Medical Ethics*, 1993, 19: 223-227
  36. MCLUHAN MARSHALL. Gli strumenti del comunicare. I significati psicologici e sociali di ogni sistema di comunicazione. 1977. I Garzanti-Argomenti.
  37. NOVARINI A. Comunicare con il malato: una componente essenziale del “saper essere” nella formazione del medico. *La Formazione del Medico*. 1996, vol. 10, n-2.
  38. ORGOLESU ANTONIETTA, DELLA SALA LAURA MARIA. Gli strumenti di comunicazione in ospedale per la trasmissione delle informazioni con particolare riferimento alla consegna/rapporto infermieristici. Atti del XIII Congresso Nazionale, Consociazione Nazionale Infermiere-Infermieri e altri operatori sanitario-sociali, Verona 1988, Arti Grafiche Nemi, Roma.
  39. PERRARO FRANCO. Verifica e revisione della qualità delle cure mediche e dell’assistenza sanitaria in Italia, Atti del XIII Congresso Nazionale, Consociazione Nazionale Infermiere-Infermieri e altri operatori sanitario-sociali, Verona 1988, Arti Grafiche Nemi, Roma.
  40. PERRARO FRANCO. In vista del nuovo millennio: la qualità in sanità dal passato al presente e nel futuro. Q.A. dicembre 1999.
  41. PILOTTO FRANCO E ALTRI, Razionamento e razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, *Impegno Ospedaliero*, Anmirs, Roma, 2/2000
  42. POLETTI PIERA, VIAN FELICE. Metodologia della ricerca e statistica. Edizioni Summa, Padova. 1990.
  43. POLETTI PIERA, VIAN FELICE. Introduzione al Menagement Infermieristico. CEREF – Padova, 1987.
  44. RAYNER C. Doctor-nurse relationship in a hospital environment. *The Lancet*, 1961, 2: 1448ss
  45. RICELLI ITALIA, GATTA NATALINA. Valutazione della qualità dell’assistenza infermieristica. 1990. Rosini Editrice, Firenze.
  46. RUSS-EFT DARLENE, BRENNER KAREN, CAPPELLETTI ALFREDO. La collaborazione forgia nuovi capi. Da *La nuova leadership*.
  47. Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”, con le modifiche successivamente intervenute.
  48. SACCHINI D. Autorità medica e disobbedienza nella relazione medico-infermiere, *Medicina e Morale*, 1994, 5: 1052-1054.
  49. SASSO LOREDANA, SACCO NICOLETTA. Formazione di base: un progetto di curriculum. Foglio Notizie n-1, gennaio-febbraio 1999
  50. SASSO LOREDANA, SACCO NICOLETTA. Una metodologia didattica attiva: l’apprendimento per problemi. Foglio Notizie n-2, novembre-dicembre 1998.
  51. SASSO LOREDANA, SACCO NICOLETTA. Metodologia dell’apprendimento per problemi e apprendimento della disciplina infermieristica. Foglio Notizie n-2, marzo-aprile 1999.
  52. SASSO LOREDANA, SACCO NICOLETTA. Apprendimento per problemi: il momento della valutazione. Foglio Notizie n-4 luglio-agosto 1999.
  53. SELMIN RAFFAELLA, ALTINIER SARA, PLEBANI MARIO. La soddisfazione delle risorse umane come elemento essenziale nei programmi di miglioramento della qualità. Q.A., settembre 1999.
  54. SOLARI LUCA. La comunicazione nell’organizzazione: solo una variabile soft? Da *Economia&Management*. N.3/1997.
  55. SPAGNOLO ANTONIO G., SACCHINI DARIO. Bioetica e rapporti interpersonali. Da XI Corso residenziale di Bioetica “Bioetica e professionalità emergenti in sanità” 18-23 agosto 1995, Centro di Iniziativa culturale – Bologna
  56. TONELLI SERGIO. Accredimento e qualità delle organizzazioni sanitarie. Dal 6° Congresso Nazionale Caposala, Perugia, 25,05,98.

57. TONELLI SERGIO. L'apprendimento organizzativo per la qualità in sanità. Dal convegno "Migliorare l'assistenza sanitaria" Genova, 14.04.'99.
58. WATZLAWICK PAUL, BEAVIN JANET HELMICK, JACKSON DON D. Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi. 1967. Casa Editrice Astrolabio. Roma
59. ZANI BRUNA, SELLERI PATRIZIA, DAVID DOLORES. La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali. 1995. La Nuova Italia Scientifica.