



downloaded from:
infermieri.com

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Diploma Universitario
per Infermiere

**Strategie comunicative
dell'assistenza infermieristica in
ambito chirurgico**

Relatore: Prof. Lorenza Manganini

Correlatore: Prof. Angela Pacciani

Tesi di Diploma di:

MariaValentina Chiaretti

Matr. Nr. 610114

Anno Accademico 2001 - 2002

Alla mia famiglia

*La malattia è il lato notturno della vita,
una cittadinanza più onerosa.
Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza,
nel regno dello star bene e in quello dello star male.*

Sontag
La malattia come metafora,
Torino, Einaudi, 1979

*Quando si diventa cittadini di quell'altro paese,
si pone attenzione ad ogni sfumatura,
ogni piccola cosa può tranquillizzare o gettare nello sconforto più profondo.
Non è facile accettare la cittadinanza di quell'altro paese.
È una lotta che fiacca le resistenze,
e quando si è pronti a fare un passo indietro di accettazione,
ecco che ne viene chiesto un altro ulteriore,
per il quale non si è ancora pronti.
Certo, forse alla fine anche se feriti e sofferenti, si è più disponibili:
"se avessi saputo",
ma l'esperienza la si sta vivendo ora, non allora.
L'uomo in difficoltà da sempre cerca aiuto e assicurazione;
ha bisogno di essere tranquillizzato da colui che, a torto o a ragione,
investe di un potere: il potere della cura,
in questo caso, il potere di conoscere, un po' meglio, con chi si ha che fare,
di conoscere la natura della malattia.*

Mario Ancona
Immagini per la relazione

*Cosa dire ora?
Io credo che quell'«altra parte» sia la misura
di un dolore che affonda un abisso
tra chi soffre e tutto il resto,
quando tale dolore è il dolore del «perché?».
Il letto di un fiume, un passo d'uomo,
un deserto che precipita dentro se stesso, un buco nero, un dolce declivio, nulla:
cos'è mai questo abisso di dolore che separa il di qua dal di là,
nella solitudine che esso porta con sé?
È un abisso di parole o
un abisso di silenzio?*

Elena Loewenth

INDICE

PREMESSA	1
CAPITOLO 1	
LA PERCEZIONE DELL' INFERMIERE SULLA COMUNICAZIONE CON LA PERSONA RICOVERATA IN AMBITO CHIRURGICO	7
<i>1.1 Introduzione</i>	9
<i>1.2 Lo studio di C. Motta e J. Florian</i>	11
<i>1.2.1 I risultati in ambito chirurgico e il confronto con altre aree</i>	21
<i>1.3 L'indagine statistica di Vicenza</i>	24
CAPITOLO 2	
LA PERCEZIONE DELLA PERSONA RICOVERATA IN AMBITO CHIRURGICO SULLA COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA: INDAGINE STATISTICA	29
<i>2.1 Introduzione</i>	31
<i>2.2 Le modalità di campionamento</i>	35
<i>2.3 Le caratteristiche del campione in esame</i>	36
<i>2.4 Lo strumento scelto per la raccolta dei dati</i>	37
<i>2.5 Le modalità di analisi dei dati raccolti</i>	39
<i>2.6 L'elaborazione e l'analisi dei dati raccolti</i>	41
<i>2.7 Il Questionario</i>	66
<i>2.8 Considerazioni sugli studi presentati</i>	73

CAPITOLO 3

LA COMUNICAZIONE: ASPETTI TEORICI E PRATICI	77
3.1 <i>Introduzione</i>	79
3.2 <i>Definizione e struttura della comunicazione</i>	79
3.3 <i>Aspetti teorici: gli assiomi della comunicazione</i>	86
3.3.1 <i>Non si può non comunicare</i>	88
3.3.2 <i>Contenuto e relazione della comunicazione</i>	89
3.3.3 <i>La punteggiatura di eventi comunicativi</i>	91
3.3.4 <i>La comunicazione verbale e non verbale</i>	93
3.3.5 <i>La comunicazione simmetrica e complementare</i>	97
3.4 <i>Gli aspetti pratici della comunicazione</i>	99
3.4.1 <i>Il dialogo</i>	103

CAPITOLO 4

LE PROBLEMATICHE DELLA COMUNICAZIONE IN OSPEDALE E IN AMBITO CHIRURGICO	111
4.1 <i>Introduzione</i>	113
4.2 <i>Problematiche della comunicazione in relazione al ricovero</i>	114
4.2.1 <i>Lo scenario dell'Ospedale</i>	114
4.2.2 <i>L'ingresso in Ospedale</i>	115
4.2.3 <i>La comunicazione e gli aspetti organizzativi dei reparti</i>	118
4.3 <i>Le problematiche della comunicazione in relazione alla persona malata</i>	120
4.3.1 <i>Il dolore</i>	120
4.3.2 <i>L'enigma della morte</i>	125
4.3.3 <i>Le implicazioni della comunicazione in relazione alla malattia</i>	129
4.3.4 <i>La comunicazione e i problemi dell'ospedalizzazione</i>	132
4.3.5 <i>Lo spazio e il tempo del malato in relazione all'ospedalizzazione</i>	133
4.4 <i>L'attività assistenziale dell'infermiere e i rischi nella comunicazione</i>	140
4.5 <i>La comunicazione efficace</i>	144
4.5.1 <i>La relazione di aiuto</i>	144

4.5.2 <i>La relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica</i>	146
4.5.3 <i>L'empatia, l'accettazione incondizionata e la congruenza</i>	149
4.5.4 <i>Il presupposto dell'empatia: dentro e fuori</i>	151
4.5.5 <i>L'accoglienza</i>	153
4.5.6 <i>L'ascolto</i>	154
4.5.7 <i>La stimolazione della reazione</i>	155
4.6 <i>Le modalità di una comunicazione efficace</i>	156
4.6.1 <i>La non direttività</i>	159
4.6.2 <i>Gli interventi adeguati e costruttivi</i>	161
4.6.3 <i>La riformulazione</i>	161
4.6.4 <i>La risposta chiarificatrice</i>	162
4.6.5 <i>La personalizzazione</i>	164
4.6.6 <i>La programmazione e l'impegno</i>	164
CAPITOLO 5	
IL RICOVERO IN AMBITO CHIRURGICO	165
5.1 <i>Introduzione</i>	167
5.2 <i>Il mistero come immagine della persona</i>	167
5.3 <i>Il paziente chirurgico</i>	171
5.4 <i>Il significato e la gestione della malattia</i>	175
5.5 <i>La paura e le sue manifestazioni</i>	180
5.6 <i>La dimensione della perdita</i>	186
5.7 <i>La comunicazione e la famiglia del malato</i>	189
5.8 <i>L'influenza della mente sul corpo</i>	194
5.9 <i>La comunicazione infermieristica con la persona ricoverata in ambito chirurgico</i>	203
CAPITOLO 6	
LA RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA NELLA COMUNICAZIONE	209
6.1 <i>Gli aspetti giuridici e deontologici</i>	211
6.2 <i>La comunicazione in alcuni modelli concettuali di riferimento</i>	219

CAPITOLO 7	
LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA SECONDO LE REGOLE DI J. DUXBURY	233
7.1 <i>Introduzione</i>	235
7.2 <i>Le regole della comunicazione terapeutica</i>	235
7.3 <i>L'applicazione delle regole ai suggerimenti espressi dai pazienti</i>	238
7.3.1 <i>L'attenzione</i>	238
7.3.2 <i>L'ascolto</i>	240
7.3.3 <i>La comunicazione</i>	241
7.3.4 <i>La chiarezza</i>	247
7.3.5 <i>La delicatezza</i>	250
7.3.6 <i>Il rispetto</i>	251
7.3.7 <i>La pazienza</i>	255
7.4 <i>L'applicazione delle "regole" per la gestione di alcuni vissuti in ambito chirurgico</i>	256
7.4.1 <i>Il rapporto tra il malato e la malattia</i>	256
7.4.2 <i>La gestione della malattia</i>	258
7.4.3 <i>La reazione di paura</i>	260
7.4.4 <i>La dimensione della perdita</i>	263
7.5 <i>Considerazioni</i>	265
CONCLUSIONI	266
RINGRAZIAMENTI	269
GLOSSARIO	270
BIBLIOGRAFIA	280
EMEROGRAFIA	282
ALTRE FONTI	283

PREMESSA

La discussione teorica che, a partire dalla seconda metà del secolo scorso in Nord America e successivamente in Europa e in Italia ha accompagnato il processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica, ha spesso sottolineato, nell'affermare la *natura specifica del nursing*, che esso è *qualcosa di più* dell'insieme degli interventi tecnici che gli infermieri, nell'ambito del rapporto di collaborazione con il medico, dedicano alla guarigione del malato. Secondo la quasi totalità dei teorici del nursing, pur nelle molteplici sfumature che caratterizzano le diverse concezioni, l'assistenza infermieristica consiste essenzialmente *nell'assumere come problema sanitario di propria competenza*, non tanto la *malattia*, quanto le *sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata*, considerata *in toto*, secondo una prospettiva *olistica*.

Questo approccio globale verso l'assistenza al malato si inquadra nel più generale obiettivo diretto a dare un volto veramente umano all'ospedale, impegnandosi per una sua "*ripersonalizzazione*", che favorisca l'instaurarsi di un rapporto "dalle dimensioni umane" con il malato. "Ripersonalizzazione" e "umanizzazione" rispondono ad un dovere di giustizia e di civiltà, domandano l'impegno di tutti e, in particolare, una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica, negli amministratori e nei molteplici operatori sanitari.

Nodo cruciale del processo di rinnovamento che vorrebbe porre la persona sempre più al centro di ogni attività della struttura ospedaliera è la comunicazione.

Nello specifico ambito infermieristico assume fondamentale importanza la *qualità della relazione e della comunicazione* che si instaura tra infermiere e persona assistita. L'infermiere, infatti, oltre agli interventi tecnici, nel prendersi cura quotidianamente del malato svolge una funzione *supportiva e terapeutica attraverso il dialogo*, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, che miri al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e dell'adattamento allo stress che ogni malattia porta con sé.

Tuttavia durante l'attività di tirocinio clinico in questi tre anni di corso, ho potuto riscontrare come in alcune realtà operative sia diffusa la difficoltà a comunicare con i pazienti. Questo problema, nei reparti chirurgici in particolare, secondo la mia esperienza, assume caratteristiche di grande rilievo. Ho quindi evidenziato il problema che una comunicazione efficace assuma un aspetto fondamentale nella relazione con il paziente, ma che essa, nella realtà, risulti inadeguata o scarsa.

Per verificare che la mia non fosse solamente un'impressione, ho redatto un questionario che ho sottoposto ai pazienti ricoverati in ambito chirurgico di diversi ospedali milanesi, con l'intento di conoscere il livello e la qualità della comunicazione percepita durante la degenza, in particolare dal punto di vista infermieristico.

Parallelamente ho analizzato alcuni studi recentemente condotti da diversi professionisti circa la percezione che gli infermieri hanno della comunicazione e del suo impiego all'interno della relazione con l'utente. Sia i risultati dell'indagine condotta, sia i riscontri teorici degli studi riportati hanno confermato l'esistenza del problema e l'effettivo peso che esso ha nell'ottimizzazione dell'esperienza della malattia.

A questo punto ho sentito la necessità di approfondire le mie conoscenze sulla comunicazione, per iniziare a delineare quali potessero essere le fonti del problema riscontrato; in seguito, ho analizzato la comunicazione dal punto di vista pratico, ponendola in relazione con la malattia, il ricovero, l'ambito chirurgico.

Sostenendo la tesi dell'importanza di una comunicazione efficace e avendo evidenziato il problema della sua attuale carenza, ne ipotizzo una modalità risolutiva, attraverso l'applicazione pratica di alcune regole per una comunicazione terapeutica.

Nel lavoro che segue nel capitolo 1 presenterò i dati raccolti relativi alla percezione della comunicazione da parte del personale infermieristico, mentre nel capitolo 2 riporterò i dati relativi alla percezione della comunicazione da parte dei pazienti.

Nel capitolo 3 analizzerò i fondamenti teorici della comunicazione e alcuni aspetti pratici generali, come il dialogo, e ne fornirò le principali caratteristiche.

Nel capitolo 4 presenterò alcune problematiche della comunicazione in ospedale, in relazione al ricovero e alla malattia. Illustrerò poi i rischi

comunicativi a cui possono andare incontro gli infermieri durante l'attività assistenziale. Infine tratterò i presupposti e le caratteristiche della comunicazione efficace.

Nel capitolo 5 illustrerò la peculiarità della persona ricoverata in ambito chirurgico, il significato che la malattia, la paura e la dimensione della perdita assumono in questo contesto. Tratterò brevemente l'importanza della famiglia anche dal punto di vista della comunicazione e le problematiche che a tale proposito possono svilupparsi al suo interno. Successivamente mi soffermerò ad analizzare l'influenza che può avere la mente sul corpo nell'affrontare la malattia e il dolore. Il capitolo si conclude con l'analisi della comunicazione infermieristica con la persona ricoverata in ambito chirurgico.

Nel capitolo 6 tratterò gli aspetti legislativi e deontologici in merito a questa problematica, presentando anche alcuni modelli teorici di riferimento.

Infine nel capitolo 7 fornirò un'ipotesi di soluzione del problema rilevato attraverso la presentazione e l'applicazione delle "regole per una comunicazione terapeutica", tratte dal lavoro di J. Duxbury e applicate alla realtà analizzata.

A mio giudizio esse risultano essere un valido supporto all'attività dell'infermiere, in quanto permettono di ottimizzare le proprie risorse e di complementarle con quelle possedute dal malato, sviluppando così una relazione d'aiuto efficace.

CAPITOLO 1

LA PERCEZIONE DELL' INFERMIERE SULLA COMUNICAZIONE CON LA PERSONA RICOVERATA IN AMBITO CHIRURGICO

1.1 INTRODUZIONE

La scelta relativa alla percezione degli infermieri in ordine alla comunicazione in generale e con i pazienti chirurgici in particolare, dipende innanzitutto dalla constatazione che questi operatori rappresentano uno dei due poli nella relazione infermiere/paziente; in secondo luogo, dalla mia esperienza di tirocinio è emerso il quesito se anche per loro la comunicazione costituisca una realtà problematica.

Secondo il Profilo Professionale dell'Infermiere "l'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale, educativa". Negli ultimi decenni si è potuto assistere ad un incremento sempre maggiore della qualità delle prestazioni sanitarie dal punto di vista tecnico, grazie all'introduzione di strumentazioni ed apparecchiature che garantiscono un supporto tecnologico sempre più all'avanguardia. Pur riconoscendo l'indiscutibile rilevanza della preparazione tecnico - scientifica del personale sanitario ai fini di un'assistenza efficace, è importante chiedersi se a ciò abbia corrisposto anche un miglioramento delle abilità umane e relazionali degli operatori sanitari. Numerosi studi hanno evidenziato che il rapporto tra paziente ed operatore sanitario manifesta delle carenze

soprattutto a livello comunicativo. È essenziale sottolineare che il valore di una comunicazione efficace con il paziente all'interno del contesto ospedaliero oltrepassa i limiti del rapporto interpersonale in senso stretto, apportando numerosi benefici, anche a livello economico.

Una comunicazione efficace determina innanzi tutto un miglioramento della relazione terapeutica: per l'operatore sanitario l'attività lavorativa diventa, in questo modo, più fluida ed in sintonia con gli ideali professionali. A sua volta ciò determina una riduzione dell'incidenza di burn out, apportando benefici oggettivi alla struttura ospedaliera, all'équipe e ai pazienti stessi. Il miglioramento della relazione terapeutica in generale aumenta inoltre la compliance del malato al trattamento, producendo non solo un risparmio in disagio emotivo, ma anche un incremento dell'efficacia della cura.

Una comunicazione soddisfacente, va quindi considerata in termini di successo terapeutico nella sua accezione più ampia, la quale coinvolge sia l'abito del care che quello del cure. L'affinità sonora di questi due vocaboli anglosassoni è una metafora che ben rappresenta il punto di intersezione tra l'assistenza, quindi il prendersi cura (care), ed il trattamento della patologia (cure).

1.2 LO STUDIO DI C. MOTTA E J. FLORIAN

C. Motta, Coordinatore dei tirocini e Docente di Metodologia dell'assistenza infermieristica per il Diploma Universitario per Infermiere, sezione dell'Università Vita - Salute San Raffaele di Milano, e J. Florian, infermiera dell' U.O Neurologia dell' IRCCS San Raffaele di Milano, hanno pubblicato sulla rivista Nursing Oggi, numero 4, 2000, i risultati di una loro indagine volta a capire cosa accade di fatto, e come siano percepiti dagli infermieri i fattori che determinano la relazione e la comunicazione con la persona assistita. Lo studio è focalizzato sul colloquio infermieristico tra il paziente al momento del suo ricovero e il personale di medicina, chirurgia ed area critica di sette grandi ospedali milanesi: Ospedale Maggiore, Fatebenefratelli, San Carlo, Sacco, Niguarda, San Paolo e San Raffaele.

I dati sono stati raccolti attraverso un questionario costruito in modo da comprendere:

- una sezione relativa alle variabili sociologiche strutturali (età, sesso, scolarità di base)

- una sezione relativa ai fattori individuali legati all'infermiere (formazione di base e permanente, esperienza professionale)
- una sezione relativa al contesto socio - sanitario ed organizzativo (organizzazione del lavoro, e modalità di gestione dei processi, mission e cultura organizzativa)
- una sezione relativa ai fattori legati all'assistenza infermieristica (tipologia delle persone assistite, problemi di salute trattati, risultati attesi di assistenza infermieristica)
- una sezione relativa alle modalità messe in atto per il colloquio e la raccolta dati

La dimensione del campione è di 188 questionari restituiti. Il campione è omogeneo rispetto alle tre aree clinico operative (64 risposte dall'area chirurgica, 58 dall'area medica, 66 dall'area critica). Gli infermieri che hanno risposto sono una popolazione giovane: l'81% ha meno di 36 anni, e il 71% sono donne. Il 70% sono in possesso di diploma d'istruzione secondaria (maturità), mentre il 6% sono laureati. Il 46% dei rispondenti ha un'anzianità di servizio inferiore a 6 anni, il 32% compresa tra 6 e 10 anni, il 22% superiore ai 10 anni.

I parametri rilevati dall'indagine riguardano la percezione del grado di autonomia della propria attività, dello specifico professionale, l'adesione ai dettami del Profilo professionale, l'opinione sul colloquio e la raccolta dati (specificità, sistematicità, strumenti informativi adottati), i fattori che li influenzano (individuali e organizzativi), il ruolo della formazione in ordine alla competenza metodologica e relazionale e gli aspetti concettuali dell'assistenza infermieristica.

Ora esamino alcuni dei parametri che mi paiono più interessanti per il mio lavoro, in quanto elementi che possono influenzare la comunicazione e la relazione con il paziente.

Percezione del grado di autonomia della propria attività

Una prima variabile indagata è la percezione, da parte dei rispondenti, del grado di autonomia della propria attività, perché essa può influenzare la comunicazione col malato e la procedura della raccolta dati, a seconda di come lo stesso infermiere considera l'assistenza infermieristica, se come spazio di autonomia e di responsabilità, piuttosto che di dipendenza. Globalmente considerato, il campione ha risposto affermando che nel 44% dei casi l'attività è prevalentemente autonoma, per il 40% è prevalentemente di supporto all'attività medica, per il 16% è

prevalentemente di tipo domestico, alberghiero o burocratico (e quindi improprio!). In ogni caso, il 65% del totale degli infermieri ha risposto di desiderare una maggiore autonomia d'azione ed una maggiore responsabilizzazione.

La percezione dello specifico professionale

Alla domanda “Quale attività ritiene che oggi identifichi meglio la professione infermieristica?” il 43% ha ribadito “Rispondere con competenza e globalità ai bisogni di assistenza infermieristica”, mentre il 31% ha scelto “Programmare, attuare e valutare interventi infermieristici”. Risposte legate alla concezione di subordinazione dell'attività infermieristica a quella medica quali “Eseguire valutazioni cliniche ed intervenire su indicazione medica”, “Eseguire correttamente i trattamenti prescritti” e “Garantire un efficiente ed efficace iter diagnostico terapeutico” hanno complessivamente ottenuto il 21% dei consensi.

L'adesione ai dettami del Profilo professionale

Il 97% è d'accordo con l'affermazione che “l'infermiere è responsabile dell'identificazione dei bisogni di assistenza della persona”, il 94 % con l'affermazione che “l'infermiere è responsabile della formulazione degli

obiettivi dell'assistenza infermieristica”, per il 95% “l’infermiere è responsabile della pianificazione, gestione e valutazione degli interventi infermieristici”, infine per l’82 % “l’infermiere è responsabile della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche”.

Le opinioni sul colloquio e sulla raccolta delle informazioni di pertinenza infermieristica

L’80% dei rispondenti ritiene che queste attività siano *proprie, autonome e distinte*, mentre il 20% le considera praticamente sovrapposte, sul piano informativo, all’anamnesi medica e, dunque, tendenzialmente *inutili e ripetitive*. Malgrado ciò, il 97% è d’accordo nel ritenere comunque *necessaria* una procedura di raccolta delle informazioni che preceda l’intervento sanitario, poiché “migliora la qualità dell’azione e riduce i rischi ad essa connessi”. Peraltro diminuisce all’80% la frazione di coloro che sono soddisfatti della qualità delle modalità di raccolta dati e di gestione degli strumenti informativi adottati nella propria unità operativa, e per l’85% degli infermieri esistono dei reali margini di miglioramento della documentazione formale utilizzata.

Riguardo alla sistematicità del colloquio e della raccolta dati, emerge che sono *regolarmente effettuati* nel 38% del totale dei rispondenti, mentre

solo in parte nel 25% dei casi e quasi mai nel 9%. Complessivamente, tra le motivazioni espresse circa la mancata adozione di una procedura sistematica di colloquio, si riconfermano alcuni “pregiudizi” già evidenziati in studi precedenti¹: “non occorrono tante informazioni per lo svolgimento delle nostre attività” (32% di coloro che non effettuano sistematicamente una raccolta dati), “manca il tempo” o “manca il personale” (32%), “non c’è intesa nell’equipe su come farla” (27%), “il turn over dei malati è troppo elevato” (9%).

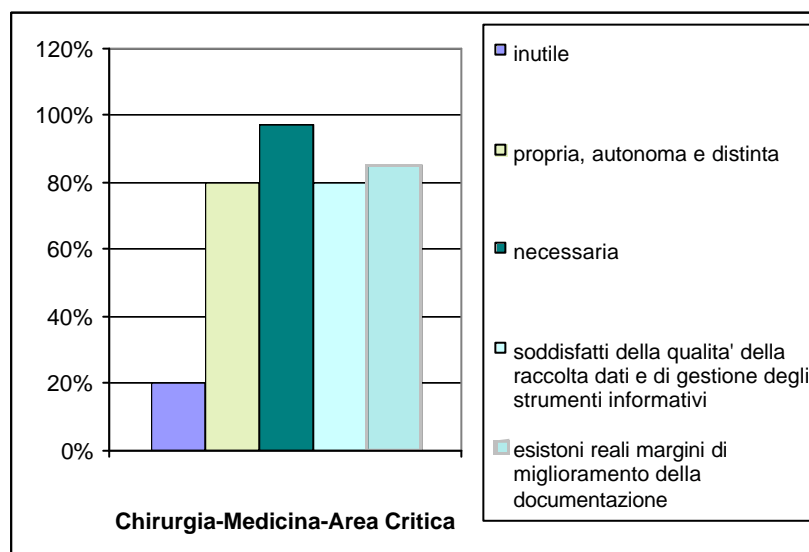


Figura 1 Opinioni sulla raccolta dei dati

¹ Cfr Zanotti R. et al. *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano*, Summa, Padova, 1994

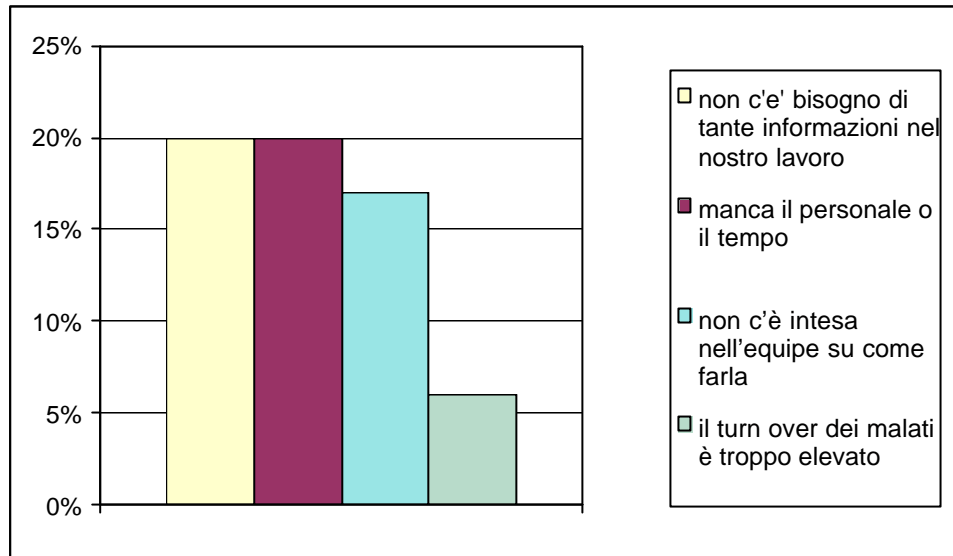


Figura 2 Analisi dei motivi addotti dagli infermieri in relazione alla applicazione non sistematica del colloquio e della raccolta dati (% sul totale dei rispondenti)

Tipologia degli strumenti informativi adottati

Circa metà degli intervistati usa la cartella infermieristica, l'altra metà utilizza altre tipologie (schede, consegne, ecc...). Alla domanda: "Come è strutturato lo strumento informativo adottato?", il 28 % afferma che è prevista una specifica sezione dedicata alla raccolta di dati di pertinenza infermieristica all'ingresso; il 10 % prevede una sezione riguardante la formulazione degli obiettivi; il 10 % prevede una sezione per la documentazione degli interventi infermieristici pianificati; il 10 % prevede

la valutazione dell'efficacia dell'assistenza erogata; il 20 % prevede la documentazione dell'iter diagnostico e il 22 % dell'iter terapeutico.

In sintesi si può dire che a fronte di una complessiva tendenza alla crescita professionale, in termini di consapevolezza del ruolo, di competenza specifica e di valorizzazione della comunicazione col malato, gli strumenti informativi attualmente adottati restano prevalentemente di “vecchio stampo” e presentano due fra i più tipici limiti della metodologia dell'assistenza infermieristica: le informazioni restano fini a se stesse e non portano a decisioni ed operatività (che è lo scopo della raccolta delle informazioni). Non a caso le aspettative di miglioramento dello strumento espresse dal campione sono così elevate.

Fattori individuali

Uno dei fattori individuali che influenzano la comunicazione con il malato è rappresentato dalla scolarità professionale: il 70 % è in possesso di diploma di istruzione secondaria superiore, mentre i laureati sono il 6 %. L' 87 % è in possesso del diploma di infermiere professionale rilasciato dal precedente percorso di studi, mentre i diplomati in Università (DUSI o DUI) rappresentano il 13 % . È interessante notare come sia presente una maggiore propensione degli infermieri in possesso del diploma

universitario a considerare la comunicazione col malato un'attività specifica, autonoma e fondamentale, e una maggior insoddisfazione circa le modalità e gli strumenti informativi in uso. Negli ultimi tre anni gli infermieri che hanno partecipato ad attività di aggiornamento risultano essere il 79%.

Fattori organizzativi

Scopo dell'indagine condotta è anche registrare l'opinione degli infermieri sugli aspetti organizzativi della propria attività e studiare le eventuali correlazioni tra tali parametri e le prassi di raccolta delle informazioni tramite il colloquio.

Nel loro complesso gli infermieri intervistati ritengono che:

- Il lavoro dell'infermiere non può essere definito né parcellizzato, né ripetitivo, né routinario (84%);
- L'organizzazione del lavoro nell' U.O. garantisce la qualità dell'assistenza infermieristica (72%);
- Il proprio inserimento nell'equipe assistenziale è positivo (82%);
- Devono esistere condizioni minime di organico da rispettare per garantire sistematicità e affidabilità nella raccolta dati (75%).

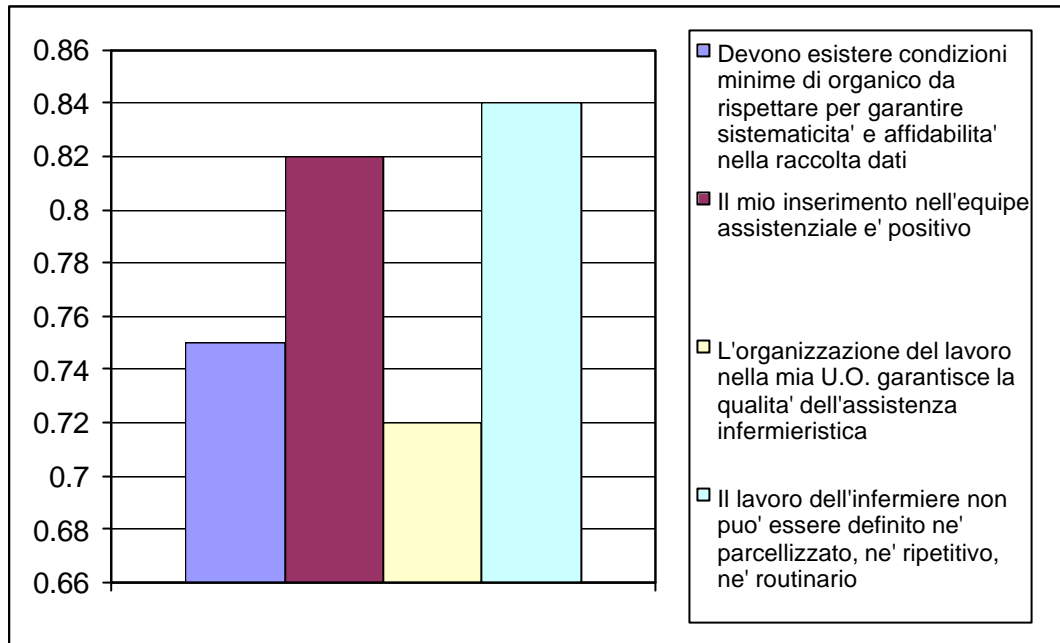


Figura 3 Opinioni sui fattori organizzativi

Il modello organizzativo dell'assistenza infermieristica prevalente nelle proprie unità operative risulta essere quello *per compiti* nel 55% dei casi, mentre il 45% opera in un'organizzazione *per équipe*, che prevede anziché la suddivisione del lavoro in singole attività attribuite a ciascun professionista, la condivisione delle responsabilità per piccoli gruppi di infermieri che assistono gruppi, più o meno numerosi, di pazienti.

Formazione e gli aspetti concettuali nel lavoro

Il 59 % degli infermieri ritiene che, per effettuare una buona raccolta dati, occorra un'adeguata formazione, mentre il 51 % vi aggiunge anche l'acquisizione di una specifica capacità di natura relazionale.

Il 49 % dichiara di ritenere necessaria una piena condivisione del modello teorico di riferimento adottato, anche se il 78% dei rispondenti asserisce che il proprio strumento informativo non è orientato ad alcun modello concettuale di riferimento.

1.2.1 I RISULTATI IN AMBITO CHIRURGICO E IL CONFRONTO CON ALTRE AREE

Leggiamo ora i dati rilevati con particolare attenzione a quelli emersi in ambito chirurgico, in modo da rilevare se è presente una qualche peculiarità che evidenzi meglio il contesto della comunicazione.

Lettura dei dati in riferimento all'ambito chirurgico

Il primo dato importante è quello sulla percezione degli infermieri del grado di autonomia del loro lavoro: il dato medio del 44% relativo a coloro che credono che le attività svolte siano *prevalentemente autonome*,

analizzato in funzione dell'area clinico operativa, scende, come riportato in Figura 5, al 39% in ambito chirurgico, mentre è del 36% in area medica, e sale al 55% in area critica. La percentuale di coloro che invece ritengono il loro lavoro *prevalentemente di supporto* all'attività medica sale al 51% del personale in area chirurgica, mentre è solo del 35% circa nelle altre due aree. La percezione dello specifico professionale come attività prevalentemente subordinata all'attività medica, che ottiene una frequenza del 21% come dato medio, sale al 27% in ambito chirurgico, come riportato in Figura 5. In questo ambito risulta al 25% la frequenza di coloro che percepiscono il colloquio e la raccolta dati come inutile e ripetitiva, quando il dato in area critica è del 19%, e solo il 16% in area medica.

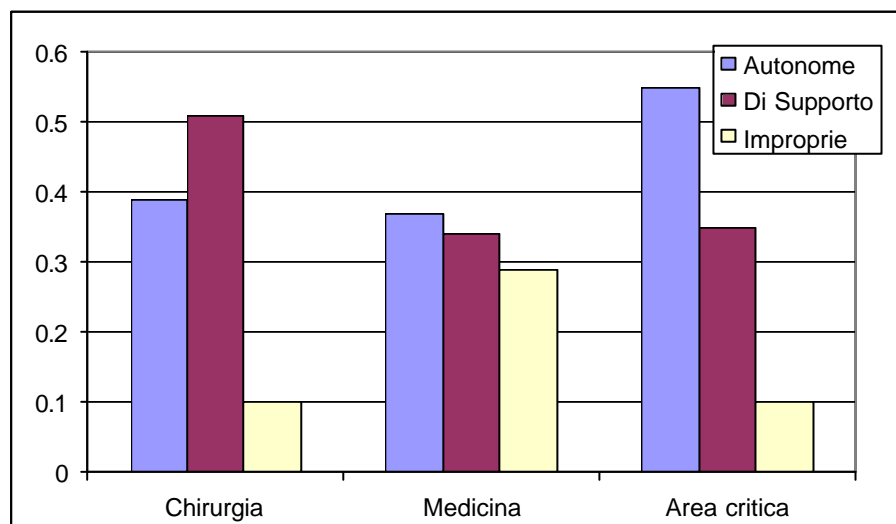


Figura 4 Percezione del grado di autonomia

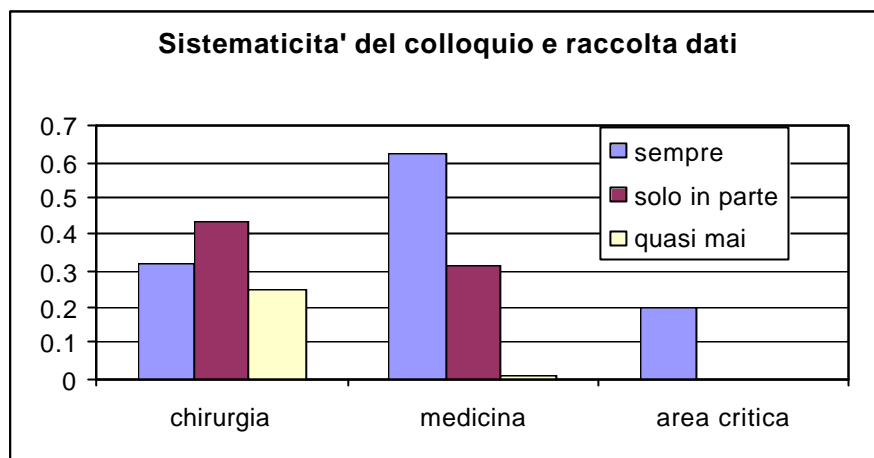


Figura 5 Sistematicità del colloquio e della raccolta dati

Non cambia la tendenza, se consideriamo la sistematicità del colloquio e della raccolta dati: in ambito chirurgico, il colloquio è svolto *sistematicamente* secondo il 32% degli intervistati, *solo in parte* secondo il 43%, e *quasi mai* per il 25%. Quest'ultimo dato è particolarmente pesante se raffrontato al 9% del dato medio. Quanto al modello organizzativo più diffuso in chirurgia, l'organizzazione *per équipes* passa dal 45% medio al 34%, secondo solo a quanto accade in area medica dove si rileva una frequenza del 21%, contro il 76% dell'area critica.

In sintesi, dalla ricerca effettuata emerge un quadro relativo alla percezione del personale infermieristico verso la relazione e la comunicazione con la persona assistita in ambito chirurgico, in rapporto a quello in area medica e critica, caratterizzato da una tendenza a maggior

dipendenza del ruolo infermieristico da quello medico, e, di conseguenza, da una minor importanza del colloquio e della relazione con il malato. Forse, una spiegazione (causa, più che effetto?) è il modello organizzativo in cui si opera in questo ambito che è prevalentemente *per compiti*.

Infine, un dato particolarmente importante per il mio lavoro sulla comunicazione infermiere - malato è quello relativo ai motivi della non sistematicità del colloquio e della raccolta dati. In termini globali, mediamente nelle tre aree indagate dallo studio di Motta e Florian, si rileva che per un infermiere su cinque il motivo della mancata adozione di una procedura sistematica di colloquio è da ricercarsi nella *mancanza di tempo* e nella *mancanza di personale*, uno su cinque ritiene che *non occorrono tante informazioni per lo svolgimento del proprio lavoro*, e circa uno su sei adduce un problema di *scarsa condivisione di un metodo comune all'interno dell'équipe per effettuare la raccolta dati*

1.3 L'INDAGINE STATISTICA DI VICENZA

Nei mesi di Luglio e Agosto 2001 si è effettuata un'indagine conoscitiva presso 10 Unità Operative dell'Ospedale S. Bortolo di Vicenza allo scopo

di valutare la conoscenza teorica e l'attuazione pratica di strategie di comunicazione da parte degli infermieri.

L'indagine è stata condotta attraverso un questionario a risposta multipla su un campione di 200 infermieri, di cui 32 dell'area chirurgica. L'adesione di queste Unità Operative è stata pari all'80%.

La prima interazione con il paziente nel 47% dei casi avviene attraverso la presentazione di se stessi e nel fornire informazioni; nel 35% nella compilazione della cartella infermieristica; nel 13% nel parlare del più e del meno. I cinque tipi principali di approccio non verbale utilizzati sono, in ordine di frequenza: il contatto visivo e la mimica facciale, la gestualità, la distanza interpersonale, il contatto fisico.

Il 42% degli infermieri ritiene la comunicazione non verbale molto più espressiva di quella verbale, il 42% abbastanza, il 9% poco, il 3% per niente; secondo il 21% del campione la comunicazione non verbale è molto coerente a quella verbale, secondo il 43% lo è abbastanza, secondo il 28% lo è poco, secondo il 3% non lo è affatto.

Il 51% degli infermieri ha dichiarato di servirsi spesso di un tono adeguato, il 30% molto spesso, il 14% talvolta, l'1% mai. Il 47% del

campione ha affermato di parlare spesso lentamente, il 33% talvolta, il 13% molto spesso, il 3% mai. Il 51% del campione afferma che talvolta preferisce stare in silenzio, il 24% mai, il 12% spesso, il 3% molto spesso.

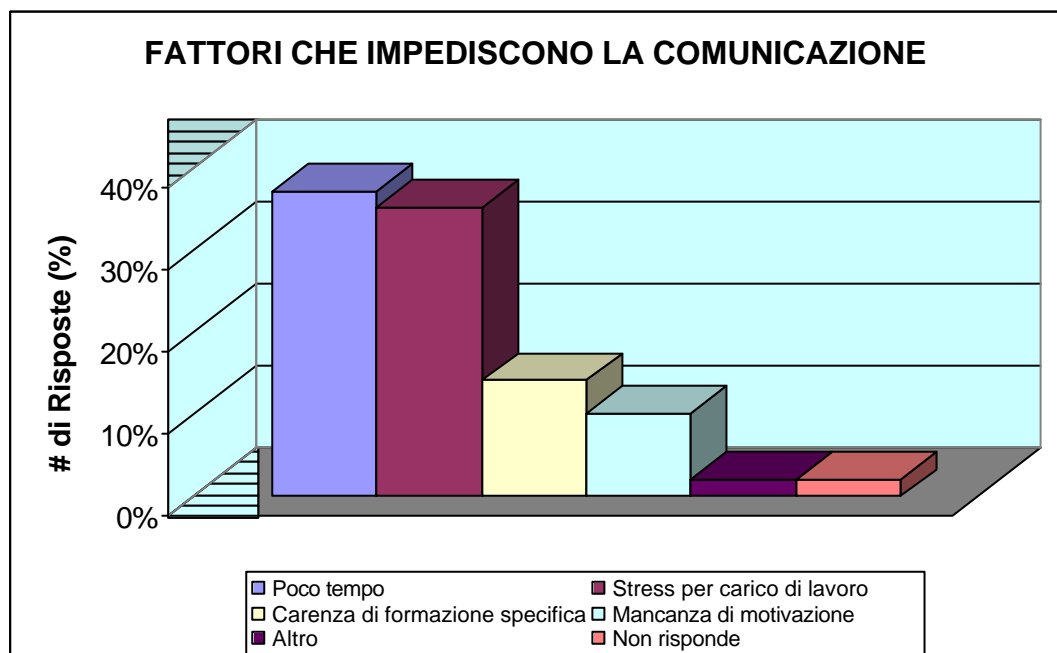
Per quanto riguarda le tecniche di ascolto attivo, il 50% degli intervistati si concentra spesso mentre il paziente parla, il 22% molto spesso, il 18% talvolta, il 2% mai. Il 56% dichiara di non cambiare mai argomento durante la conversazione, il 35% talvolta, il 3% spesso, l'1% molto spesso. Il silenzio viene utilizzato come strategia di comunicazione efficace dal 49% degli operatori talvolta, dal 22% mai, dal 18% spesso, dal 3% molto spesso. I tipi di postura che trasmettono solidarietà e comprensione a colui che parla in ordine di frequenza di utilizzo sono: seduti guardando il paziente, eretti di fianco al paziente, in piedi in fondo al letto del malato.

Nel 44% dei casi accade spesso che gli infermieri dialoghino con i pazienti mentre svolgono alcune attività (ad esempio, la somministrazione della terapia o le medicazioni), nel 22% molto spesso, il 18% talvolta, il 3% mai.

Il quesito riguardante le strategie di ascolto attivo ha totalizzato le percentuali maggiori di assenza totale di risposta. Si può ipotizzare che ciò

dipenda da un deficit di conoscenze sull'argomento o di una scarsa applicazione delle tecniche di ascolto.

I principali motivi che impediscono una comunicazione efficace con l'utente sono: mancanza di tempo (37%), stress legato all'eccessivo carico di lavoro (35%), carenza di formazione specifica (14%), mancanza di motivazione (10%)



Da un'analisi generale dei dati raccolti si evince che il personale infermieristico dispone di validi strumenti teorici riguardanti le tecniche di comunicazione, eppure alcuni elementi hanno messo in luce una

discordanza tra le conoscenze teoriche e la loro applicazione nella pratica quotidiana.

Tale dato è confermato dal fatto che l'81% degli intervistati desidera approfondire le proprie conoscenze inerenti la comunicazione con il paziente, il 14% ha risposto negativamente, il 16% non risponde.

CAPITOLO 2

LA PERCEZIONE DELLA PERSONA RICOVERATA IN AMBITO CHIRURGICO SULLA COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA: INDAGINE STATISTICA

2.1 INTRODUZIONE

In questo capitolo analizzerò il punto di vista del paziente sul tema della comunicazione infermieristica in ambito chirurgico. Inizialmente esporrò una particolare definizione di paziente, che ne illustra le caratteristiche principali, considerandolo soprattutto come indicatore per il miglioramento continuo della qualità. Successivamente presenterò l'indagine statistica da me eseguita, per conoscere il punto di vista dei pazienti sull'argomento.

Negli ultimi anni, in particolare a partire dalla seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale (D. Lgs. 502/92), è stata posta particolare enfasi sull'attenzione nei confronti del cittadino - cliente². D'altra parte, nella filosofia del miglioramento continuo della qualità, è doveroso includere il punto di vista dell'utente quale strumento per rilevare alcuni aspetti attinenti le dimensioni della qualità del servizio. Per misurarlo, è implicita la necessità di mobilitare risorse sia umane che materiali.

² Vanzetta M., Valicella F., *Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo*, Management Infermieristico, n. 4/2000, Verona

Ottenere il gradimento dell'utente è a volte un'impresa. A. Galgano³ definisce il paziente un mostro:

- affamato: costantemente di nuovi prodotti finalizzati a soddisfarne sempre meglio le aspettative;

- spietato: perché se non soddisfatto cambia, si rivolge a chi è in grado di soddisfarlo;

- esigente: vuole sempre di più e il meglio;

- timido: secondo Galgano, questa, che apparentemente può sembrare una caratteristica favorevole, in realtà non lo è per due ordini di motivi. Il primo, il cliente/utente non manifesta in modo palese le sue esigenze, le “sussurra”. Sta a chi fornisce il servizio leggerne e interpretarne i bisogni. Il secondo, quando i bisogni non vengono letti, o letti parzialmente o interpretati male, il cliente/utente non lo manifesta e non lo segnala (sono pochi quelli che lo fanno), si “dilegua” e va alla ricerca di altri fornitori;

- vendicativo: se ritiene di aver subito uno “sgarbo”, la timidezza viene meno e si lamenta con tutti. Si rivolge ad altri e non ricorda gli aspetti positivi del servizio di cui ha fruito, ma soltanto quelli negativi;

³ Galgano A., *I sette strumenti manageriali della qualità totale. L'approccio qualitativo ai problemi*, Milano, Il sole 24 Ore Libri, 1999, pag. 4

- egocentrico: vuole essere al centro dell'attenzione . Prima "lui" e dopo gli altri.

Pur caratterizzandolo come cliente - mostro, l'autore citato ne considera il gradimento una strategia che, insieme ad altre, concorre alla realizzazione della qualità totale. Per definire gli indicatori che esprimono il punto di vista dell'utente, si possono tenere in conto:

- la soddisfazione (sensazione risultante dal confronto tra quanto atteso all'inizio dell'esperienza, quanto percepito alla fine e i risultati ottenuti)

- l'insoddisfazione (reclami)

- la qualità percepita ("idea", conseguente alla comparazione tra la qualità percepita nell'offerta di una struttura con indici di qualità ottimali e di qualità di altre offerte)

- le caratteristiche strutturali e di processo rilevate anche con partecipazione dell'utente.

I criteri che gli utenti utilizzano per valutare la qualità del servizio sono rappresentati in dieci dimensioni generali che sono:

- aspetti tangibili: aspetto delle strutture fisiche, del personale, degli strumenti di comunicazione;

- affidabilità: capacità di prestare il servizio promesso in modo affidabile e preciso;
- capacità di risposta: volontà di aiutare i clienti e di fornire prontamente il servizio;
- atteggiamenti: cortesia, gentilezza, rispetto, considerazione e cordialità del personale;
- credibilità, fidatezza e attendibilità del fornitore del servizio;
- sicurezza: assenza di pericoli, rischio, dubbi;
- accessibilità e facilità del contatto;
- comunicazione: informazione degli utenti attraverso un linguaggio comprensibile, capacità di ascolto;
- comprensione del cliente: adoperarsi per conoscere i clienti e le loro esigenze⁴.

La scelta della metodologia per la misurazione del punto di vista dell'utente è legata alla considerazione di alcune variabili che sottendono l'analisi del rapporto costi/benefici:

- l'impatto sull'utente
- il tempo

⁴ Zeithamal et al., *I fattori strategici delle aziende sanitarie. Dalla qualità del servizio all'utente alla definizione di sistemi premianti per il personale*, Milano, Lauri Edizioni, 1996, pag. 50

- il livello di approfondimento delle informazioni
- l'attendibilità delle informazioni
- i costi.

2.2 LE MODALITA' DI CAMPIONAMENTO

La seguente indagine conoscitiva ha come oggetto di ricerca lo studio della percezione che i pazienti chirurgici hanno della comunicazione infermiere/ paziente. La fonte d'informazione è rappresentata dai pazienti ricoverati nei reparti chirurgici. Il campione è costituito dai pazienti chirurgici nel periodo postoperatorio, quando sono in dimissione.

Secondo tale criterio ho inizialmente selezionato un campione accidentale, al quale ho somministrato la prima stesura del questionario, effettuando così una ricerca preliminare. Lo scopo di questo test consisteva nell'individuare eventuali difficoltà e problematiche di rilevamento dei dati, eventualmente disattese nell'elaborazione del questionario.

Per la somministrazione e compilazione del questionario definitivo, attraverso i caposala delle differenti Unità Operative, ho individuato i soggetti idonei a rispondere ai quesiti della mia ricerca.

Si è venuto così a costituire un campione di 100 pazienti ricoverati nei reparti di pertinenza chirurgica. Se il numero di per sé non potrebbe non risultare particolarmente significativo ai fini statistici, ciò che ne conferisce consistenza risiede nella provenienza dei dati: infatti essi sono stati raccolti dai pazienti ricoverati in differenti Unità Operative di ambito chirurgico appartenenti ad altrettante Aziende Ospedaliere variamente ubicate sul territorio milanese.

Più in dettaglio, i questionari sono stati distribuiti nelle seguenti quantità:

- N. 30 nell'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco
- N. 15 nell'Istituto Ortopedico Galeazzi
- N. 15 nell'Azienda Ospedaliera "Ca' Granda" Niguarda
- N. 15 nell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli
- N. 25 nell'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo.

2.3 LE CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE IN ESAME

Come su accennato, il campione analizzato è costituito dai 100 pazienti ricoverati in ambito chirurgico, che hanno compilato il questionario loro sottoposto, in fase di dimissione. Tali soggetti hanno potuto sperimentare i vari momenti dell'iter diagnostico-terapeutico, ritenuti da me problematici

ai fini dello studio sulla comunicazione infermiere- paziente, e sono stati quindi in grado di fornire una valutazione globale del problema in oggetto.

Un ulteriore criterio di campionamento è stata la durata della degenza, che, ai fini della mia indagine, ho stabilito potesse essere significativa se superiore ad un giorno. L'età dei soggetti è compresa tra i 20 e i 65 anni, con un'età media intorno ai 42 anni (42,5). Il 52 % è di sesso maschile, il 48 % di sesso femminile.

Il campione esaminato nel presente studio è vario appartenendo a diverse Unità Operative: il 46 % dei pazienti è ricoverato in reparti di Chirurgia Generale, il 20 % in reparti di Ortopedia, il 10 % in reparti di Chirurgia Vascolare, l'8 % in Chirurgia Toracica, il 7 % in reparti di Urologia, il 3 % in reparti di Oculistica, il 2 % in reparti di Chirurgia Maxillo - facciale.

2.4 LO STRUMENTO SCELTO PER LA RACCOLTA DEI DATI

Per raccogliere i dati necessari allo studio della comunicazione tra infermiere e pazienti chirurgici, ho formulato un questionario, che è stato autocompilato dai pazienti. Il questionario è composto da una prima parte

generale in cui vengono raccolti alcuni dati anagrafici e sociologici quali l'età, il sesso, lo stato civile e il motivo del ricovero, e da una seconda parte incentrata sui contenuti dello studio.

In particolare, lo studio indaga i molteplici momenti che scandiscono la vita di un reparto chirurgico (ingresso, iter diagnostico, comunicazione della diagnosi e della necessità di intervento chirurgico, il periodo pre operatorio, la fase postoperatoria e la fase di dimissione), in relazione alla qualità della comunicazione e delle informazioni ricevute.

I quesiti di cui è formato il questionario sono distinti in 7 punti (uno per ogni momento particolare del percorso del malato), ognuno dei quali è costituito da una o più domande. Queste ultime sono sia a risposta chiusa, che a risposta aperta; inoltre in alcune di esse è possibile scegliere più alternative. La procedura di raccolta dei dati ha coinvolto i/le responsabili dei servizi infermieristici, che mi hanno messo in contatto con i/le caposala delle differenti U. O.; qui mi hanno fornito i nominativi dei pazienti idonei allo studio, da cui mi sono recata e in loro presenza ho illustrato loro le finalità del mio lavoro. Ottenuta la disponibilità dei pazienti, ho consegnato loro i questionari e, dopo un periodo di tempo stabilito, li ho ritirati.

2.5 LE MODALITA' DI ANALISI DEI DATI RACCOLTI

Il procedimento di analisi e di interpretazione dei dati si è avviato con la formazione di un archivio dati. Prima di inserire i dati nel computer, ho eseguito alcune operazioni di decodifica.

☞ SPOGLIO DEI DATI

Come prima operazione ho identificato ogni questionario con un codice numerico, al fine di poter risalire facilmente all'informazione originale in caso di dubbi nella fase di controllo. Successivamente ho sostituito i dati ricavati dalle domande a risposta chiusa con un codice numerico; ad esempio, ho assegnato al SI il codice 1 e al NO il codice 0. Per quanto riguarda le domande a risposta aperta, data la varietà e molteplicità delle informazioni ottenute, ho creato degli insiemi, anch'essi numerati con un codice, al fine di raggruppare ed omogeneizzare le risposte date. Una volta definita numericamente le risposte, ho inserito i dati nel foglio di lavoro creato per lo spoglio dei dati.

☞ ANALISI DEI DATI

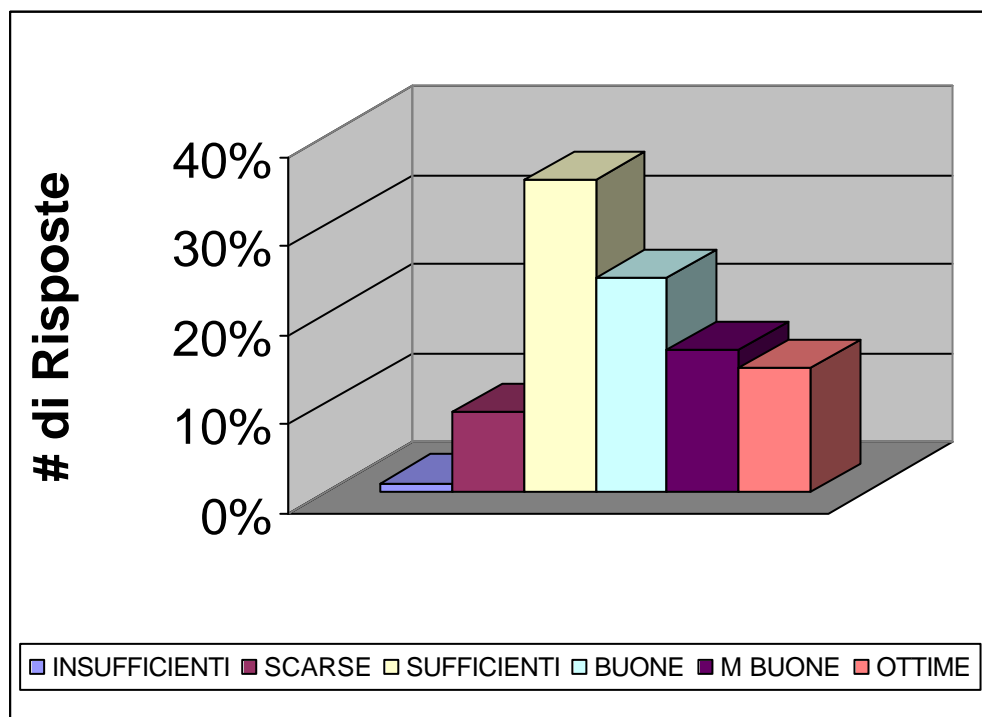
Si è realizzata attraverso la costruzione di variabili di frequenza, costituite dall'insieme delle diverse modalità di risposta ad ogni domanda e

dalle frequenze di risposte date dai pazienti ad ognuna di esse. Nell'analisi dei dati ho fatto riferimento alle distribuzioni di frequenza relative, costituendo delle tabelle riassuntive delle diverse percentuali di risposta ad ogni domanda. La rappresentazione grafica dei risultati è stata realizzata attraverso l'utilizzo di grafici.

2.6 L'ELABORAZIONE E L'ANALISI DEI DATI RACCOLTI

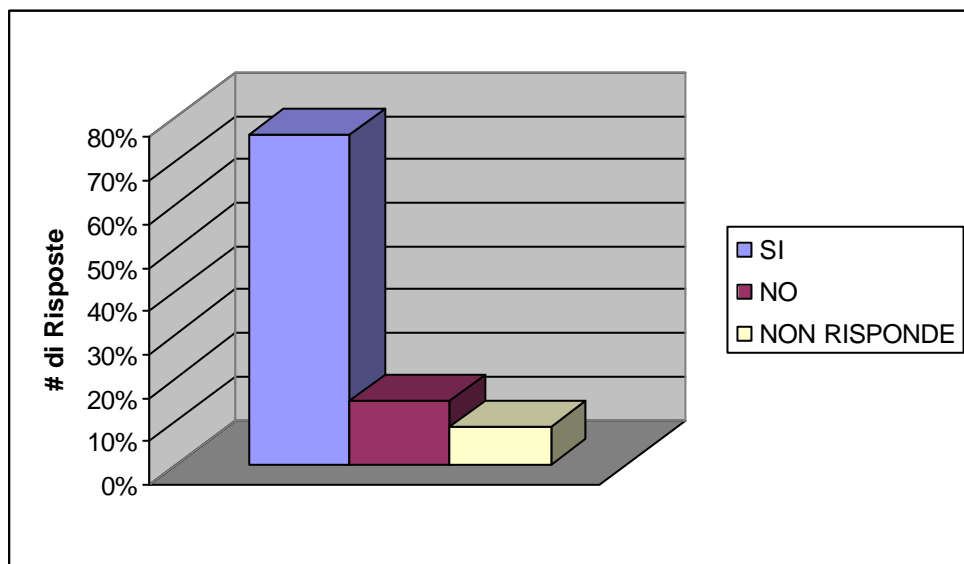
Dallo spoglio dei dati, sono emersi i risultati che esporrò di seguito in riferimento ad ogni singolo quesito; tali risultati saranno sintetizzati attraverso il relativo grafico, elaborato in rapporto alla percentuale delle risposte date, e descritti nella successiva analisi.

1. COME GIUDICA COMPLESSIVAMENTE LE INFORMAZIONI CHE LE HANNO FORNITO AL SUO INGRESSO IN REPARTO?



Come si può notare la qualità delle prime informazioni ricevute all'ingresso è sufficiente per una percentuale abbastanza elevata di pazienti (35 %), anche se non è da trascurare la percentuale di coloro che le ritengono scarse (9 %). Considerevole è, peraltro, la presenza di giudizi come molto buone (16 %) e ottime (14 %).

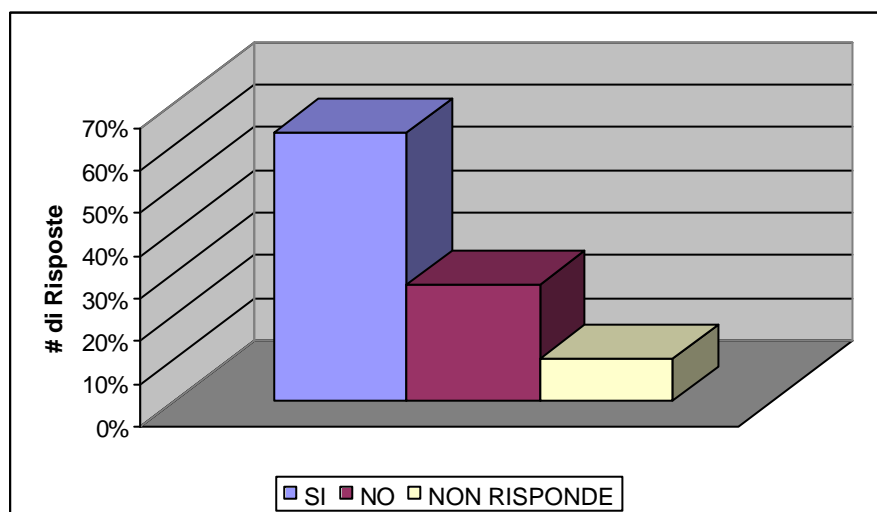
2. NEL CASO ABBIA DOVUTO ESEGUIRE ESAMI DIAGNOSTICI DURANTE IL RICOVERO, LEI HA RICEVUTO INFORMAZIONI COMPRESIBILI E SODDISFACENTI?



La percentuale delle risposte affermative è molto elevata (76 %), e ciò potrebbe derivare dal fatto che spesso per i pazienti chirurgici gli esami

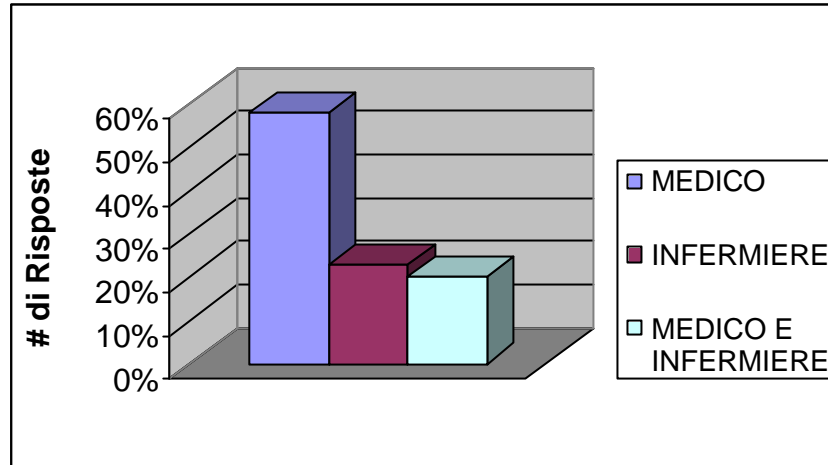
diagnostici eseguiti durante il ricovero raramente sono complessi; inoltre questa tipologia di persone in molti casi ha già eseguito diverse indagini diagnostiche, che, nel caso se ne renda necessaria la ripetizione, risultano conosciute, evitando così di provocare ansia eccessiva.

L'INFORMAZIONE RICEVUTA E' STATA ANCHE RASSICURANTE?



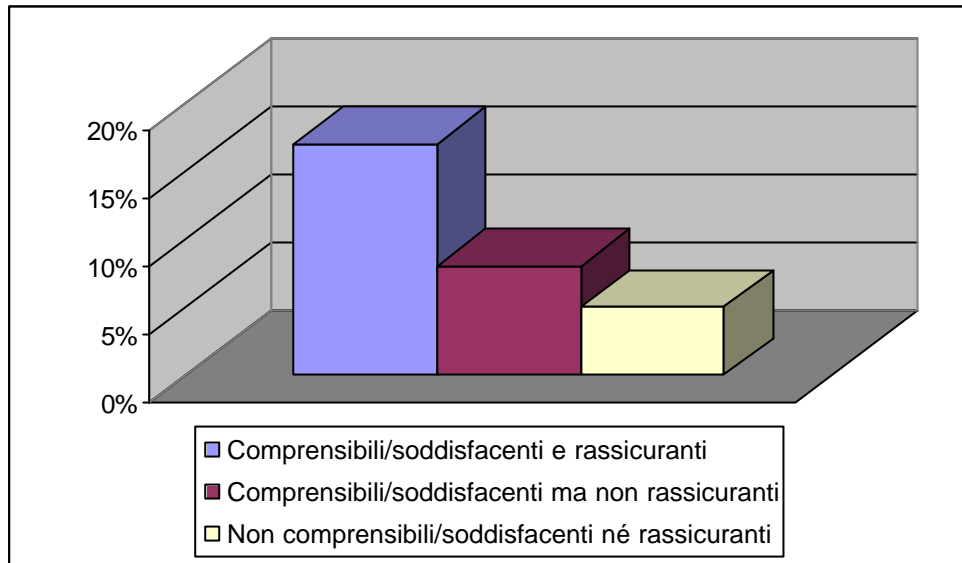
La percentuale dei SI è sempre alta, ma meno rispetto alla domanda precedente, ad essa collegata: si passa infatti dal 76 % dei pazienti che considerano le informazioni fornite comprensibili e soddisfacenti, al 62 % che le considera anche rassicuranti. Dai dati si evince che la rassicurazione è carente per il 27 % dei pazienti.

DA CHI HA AVUTO QUESTE INFORMAZIONI?



Appare subito evidente che la figura dell'infermiere in questa fase del percorso del paziente assume un ruolo importante, se lo si considera una delle fonti (23 % dei casi) di informazioni talvolta non comprensibili e soprattutto non rassicuranti. Il dato interessante è qui rappresentato dalla compartecipazione del medico e dell'infermiere per ciò che riguarda l'informazione al malato, che è riferita nel 20 % dei casi.

Se si considerano i casi in cui l'infermiere e il medico forniscono informazioni (30 % dei soggetti), le percentuali si modificano come mostrato nella figura successiva.

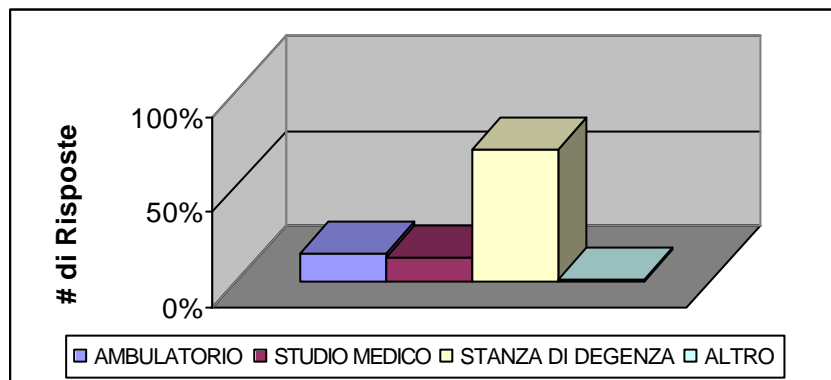


L'infermiere e il medico forniscono informazioni comprensibili, soddisfacenti e rassicuranti per il 17 % dei soggetti, informazioni comprensibili, soddisfacenti ma non rassicuranti per l'8 % dei pazienti e informazioni non comprensibili insoddisfacenti né rassicuranti per il 5 %.

Se poi si vuole analizzare soltanto l'operato dell'infermiere, le percentuali sono così modificate: egli si trova ad essere da solo la fonte di informazioni comprensibili, soddisfacenti e rassicuranti nel 5 % dei casi; nel 4 % dei casi, invece, egli fornisce informazioni comprensibili, soddisfacenti, ma non rassicuranti. Infine nella percentuale del 2 % si trova a fornire informazioni che non sono né comprensibili e soddisfacenti, né rassicuranti. Si può notare come nel fornire le prime informazioni circa gli

esami diagnostici da eseguire, non in tutti i casi necessariamente complessi, si rilevino delle insoddisfazioni da parte dei degenti nei confronti della figura infermieristica.

DOVE HA AVUTO QUESTE INFORMAZIONI?

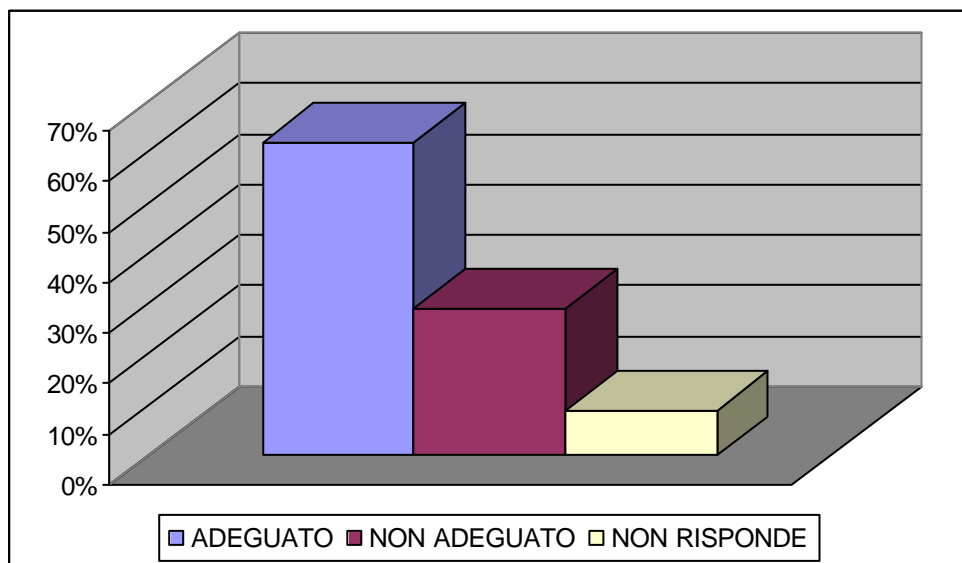


Si nota come sia prevalente (70 %) la stanza di degenza, come luogo deputato per l'informazione dei pazienti circa gli eventuali esami diagnostici da eseguire. La scelta di questo ambiente, se da un lato risulta più immediata e più semplice da effettuare, dall'altro può mettere in difficoltà il malato, a causa delle caratteristiche anche strutturali da cui è costituita: la non familiarità dell'ambiente, la necessaria mancanza di privacy, la vicinanza di estranei, che possono ascoltare ciò che viene detto, la presenza di rumori sconosciuti per il paziente, la presenza di molte persone attorno al suo letto.

QUANDO HA AVUTO QUESTE INFORMAZIONI?

Emerge chiaramente che le informazioni vengono anche date in anticipo, rispetto al momento dell'esecuzione, come mostrano le percentuali qualche giorno prima (37 %) e la sera prima (32 %), ma se, come visto precedentemente, le informazioni non sono rassicuranti o addirittura incomprensibili, il paziente ha tutto il tempo per lasciarsi andare a fantasie errate, che possono influire negativamente sul suo stato d'animo, diventando esse stesse fonte di ulteriore stress.

IL TEMPO DEDICATO ALLE INFORMAZIONI, SECONDO LEI, E' STATO:



Esaminando questo dato, si nota come sia molto elevata, anche in questo caso, la percentuale delle risposte positive (62 %), ma emerge anche che, per il 29 % dei soggetti esaminati, il tempo dedicato alle informazioni circa gli eventuali esami diagnostici da eseguire risulta non essere adeguato.

3. QUANDO LE E' STATA COMUNICATA LA DIAGNOSI?

La diagnosi è stata comunicata al termine di una visita medica (34 %), in seguito all'esecuzione di esami diagnostici (19 %), dopo l'intervento chirurgico (7 %), successivamente alla visita medica e all'esecuzione di esami diagnostici (38 %). Minori sono le percentuali dei malati a cui la diagnosi è stata comunicata in seguito alla visita medica e all'intervento chirurgico (1 %) e dopo l'esecuzione di esami e dell'intervento (1 %).

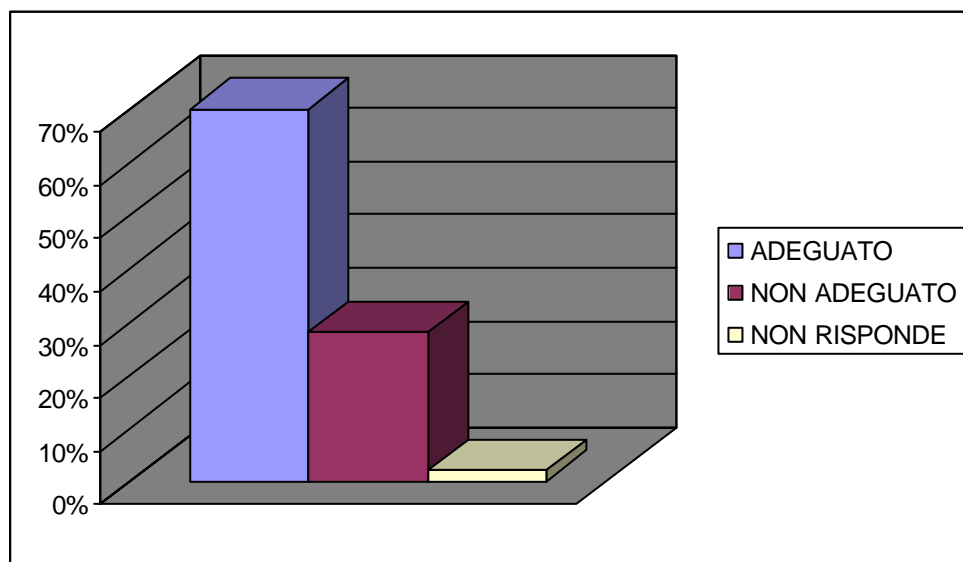
DOVE LE E' STATA COMUNICATA?

La diagnosi è stata comunicata nello studio medico (49 %), in ambulatorio (31 %) e nella stanza di degenza (25 %).

E' STATO FACILE PER LEI FARE DOMANDE SUI SUOI DUBBI E TIMORI?

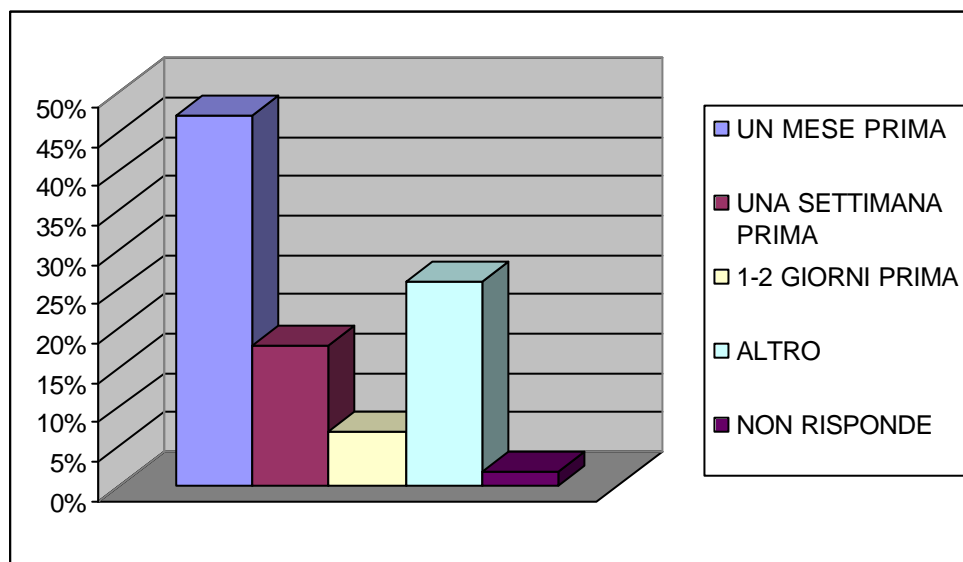
Alla domanda il 69 % dei soggetti ha risposto positivamente, mentre il 30 % di loro ha riscontrato difficoltà nel far luce sui propri dubbi e timori legati alla comunicazione della diagnosi. La motivazione più frequente circa le difficoltà incontrate è rappresentata dall'emotività, che non permette di esprimere le proprie insicurezze, perciò la maggior parte dei pazienti si è limitata ad ascoltare quanto veniva detto loro.

IL TEMPO DEDICATO ALLE INFORMAZIONI, SECONDO LEI, E' STATO:



Come si può vedere la percentuale della variabile non adeguato è sempre abbastanza consistente (28 %), dato che conferma una volta di più l'importanza di una comunicazione efficace, anche se non si può sottacere la frequenza del 70 % dei pazienti che lo giudica adeguato.

4. QUANDO PER LA PRIMA VOLTA LE E' STATO COMUNICATO CHE AVREBBE DOVUTO SUBIRE UN INTERVENTO?

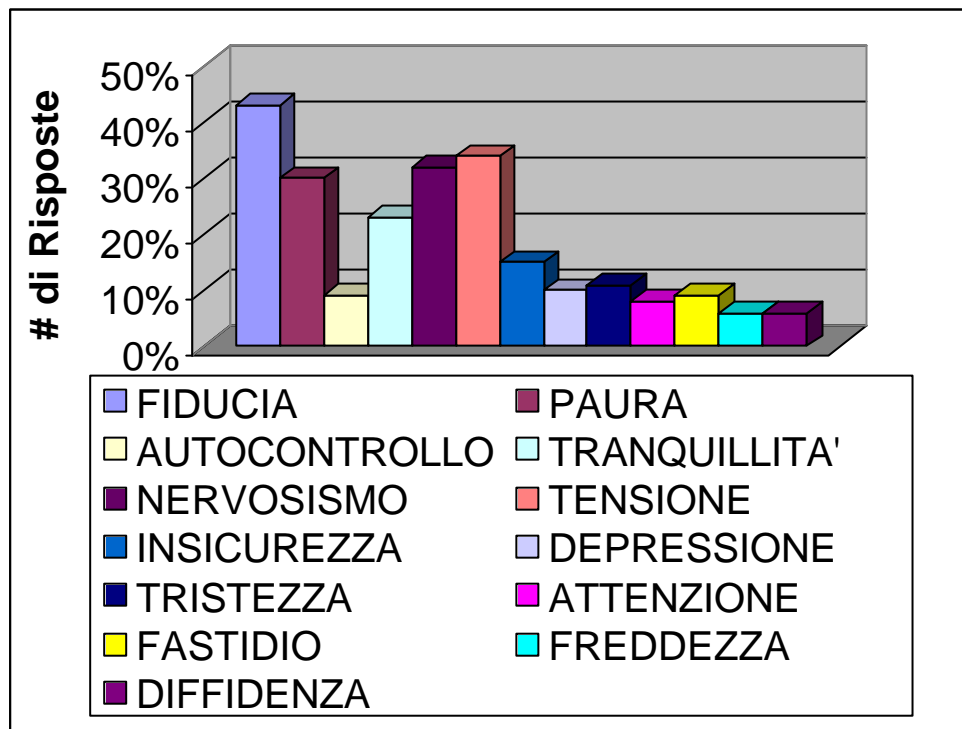


Come si osserva dal grafico, l'attesa prima di essere sottoposti all'intervento chirurgico è nella maggior parte dei casi (47 %) di circa un mese. La percentuale dei soggetti che hanno affermato altro (26 %), nel 96 % dei casi, si riferisce a periodo di attesa, durato più di un mese; il restante 4 % si riferisce all'intervento eseguito d'urgenza.

DOVE LE E' STATO COMUNICATO CHE AVREBBE SUBITO UN INTERVENTO?

Il 47 % dei pazienti è venuto a conoscenza della necessità di essere sottoposto ad intervento chirurgico nello studio medico, il 40 % di essi in ambulatorio e solamente l'8 % in stanza di degenza. Questo dato deriva dal fatto che la tipicità di questi malati è quella di venire ricoverati conoscendo già la diagnosi e la necessità di dover intervenire chirurgicamente per risolvere il loro problema di salute.

QUALI SONO STATE LE SUE PRIME REAZIONI ALLA COMUNICAZIONE CHE AVREBBE DOVUTO SUBIRE UN INTERVENTO?

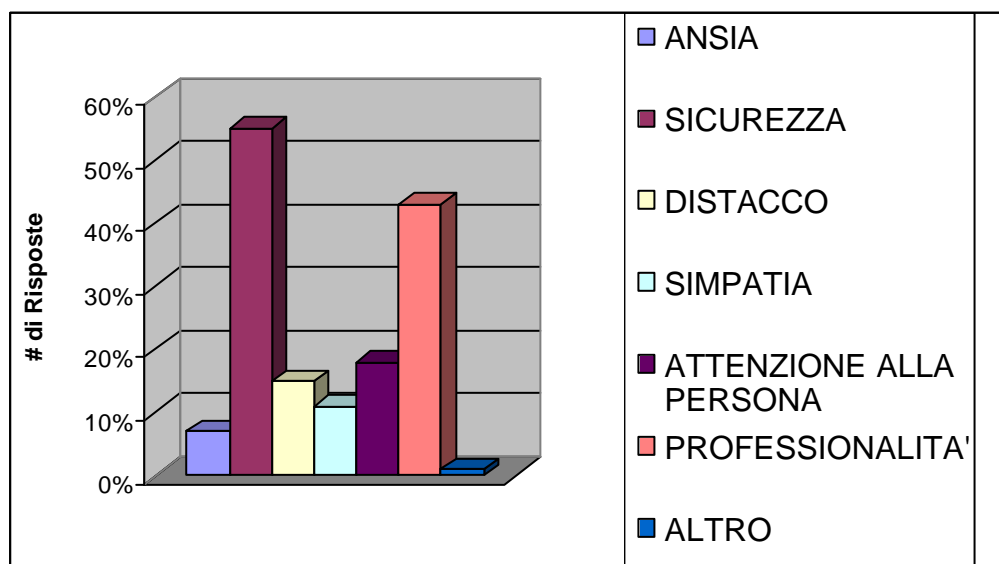


Le reazioni ad un evento particolarmente stressante come l'intervento chirurgico sono moltissime, a seconda della personalità di ogni individuo, del proprio stato d'animo, dei vissuti precedenti, della patologia che ha generato la necessità di risoluzione chirurgica. Tali considerazioni mi hanno portato a stabilire la possibilità, per questa domanda, di scegliere più alternative mirate a rappresentare al meglio lo stato d'animo di ogni

paziente. Analizzando i risultati, si osserva che il 43 % ha manifestato fiducia, anche se la tensione è presente nel 34 % e il nervosismo nel 32 % e la paura nel 30 % dei casi.

Per il 23 % lo stato d'animo durante la comunicazione è stato caratterizzato dalla tranquillità, per il 15 % dall'insicurezza, dalla tristezza (11 %), dalla depressione (10 %), dall'autocontrollo (9 %) e dal fastidio (9%). L'attenzione ha riscontrato il valore dell'8 %, mentre la freddezza e la diffidenza del 6 %.

DURANTE LA COMUNICAZIONE, LA POSIZIONE, I MOVIMENTI, GLI ATTEGGIAMENTI ASSUNTI DAL MEDICO, LE HANNO TRASMESSO:



La figura del medico ha aiutato nella maggior parte dei casi il superamento di stati d'animo negativi, trasmettendo sicurezza (55 %), professionalità (43 %), attenzione alla persona (18 %) e simpatia (11 %). Al contrario, distacco (15 %) e ansia (7 %), diventano fonte di ulteriore stress.

DURANTE IL COLLOQUIO LE E' RISULTATA CHIARA LA SPIEGAZIONE CIRCA:

IL TIPO DI ANESTESIA: è risultata chiara al 72 % dei pazienti, mentre è risultata non chiara al 28 % di essi;

LE MODALITA' DI ESECUZIONE: sono risultate chiare al 28 % dei soggetti, mentre sono risultate non chiare al 72 % di essi;

LA TECNICA DI INTERVENTO: è risultata chiara al 57 % dei malati, non chiara al 26 % di essi; il restante 17 % non ha risposto.

È STATO FACILE PER LEI FARE DOMANDE DI CHIARIMENTO?

Al 65 % dei pazienti è risultato facile porre domande di chiarimento in merito alla spiegazione dell'intervento e dell'anestesia, mentre per il 32 % di loro è risultato difficile; solamente l'1 % non ha posto domande di chiarimento. Il 2 % infine non ha risposto.

LE RISPOSTE SONO STATE ESAURIENTI?

Le risposte sono state esaurienti per il 69 % dei pazienti, mentre per il 27% di loro non lo sono state; il 4 % poi, non ha risposto a questa domanda.

LEI SI E' SENTITA /O RASSICURATA/O?

Il colloquio con il medico, nella maggioranza dei casi (66 %), è servito a rassicurare i pazienti circa dubbi o paure riguardo l'intervento, anche se una percentuale abbastanza elevata, il 31 % di loro non si è sentito rassicurato .

DOPO IL COLLOQUIO LEI HA CHIESTO ULTERIORI INFORMAZIONI?

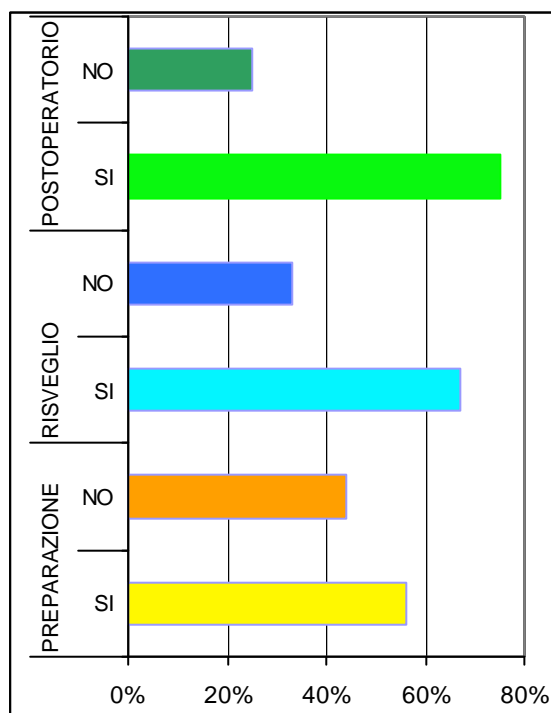
Per fugare dubbi o paure inerenti l'intervento chirurgico una percentuale elevata di pazienti, il 56 %, ha preferito chiedere ulteriori chiarimenti, mentre il 37 % ha preferito non chiederne.

SE SI, A CHI HA CHIESTO?

La percentuale dei pazienti che ha chiesto chiarimenti si è rivolta a diverse figure presenti in reparto: infatti il 16 % si è rivolto nuovamente allo stesso medico, il 6 % ad un altro medico, il 20 % al personale

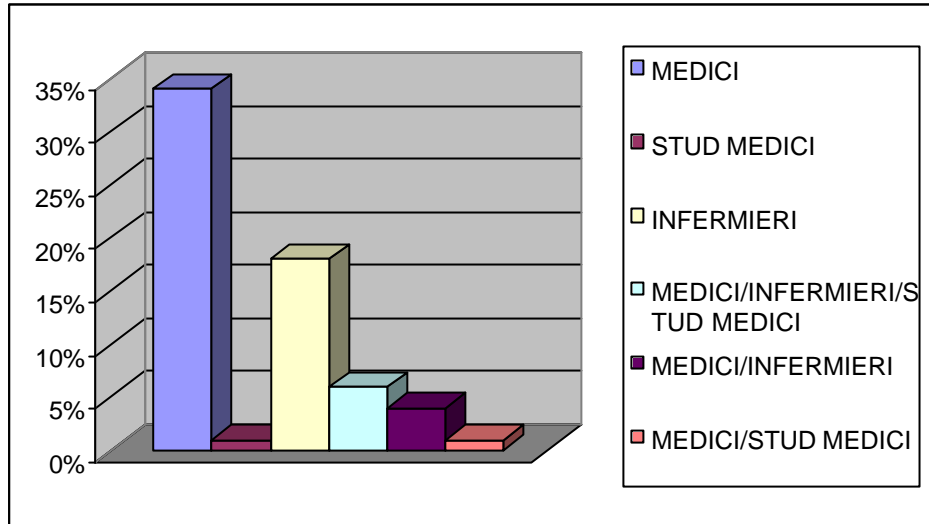
infermieristico, il 5 % sia ai medici che agli infermieri; il 9 % infine, non ha risposto alla domanda.

PRIMA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO LEI HA RICEVUTO INFORMAZIONI CIRCA:



la preparazione prima dell'intervento chirurgico (si 56 %, no 44 %); le condizioni al risveglio (si 67 %, no 33 %); il decorso postoperatorio (si 75 %, no 25 %). Questi dati sono fondamentali, perché la maggior parte delle informazioni date riguardano strettamente l'ambito infermieristico.

DA CHI HA AVUTO QUESTE INFORMAZIONI?



Come si può notare dal grafico, il 34 % dei pazienti riferisce di aver avuto le informazioni dal personale medico; l'1 % da parte degli studenti medici; il 18 % da parte degli infermieri; il 6 % da parte dei medici, degli studenti medici e dagli infermieri; il 4 % da parte dei medici e degli infermieri; infine l'1 % da parte di medici e studenti medici.

È STATO FACILE PER LEI FARE DOMANDE DI CHIARIMENTO?

Per il 65 % dei pazienti è stato facile fare domande di chiarimento, mentre non lo è stato per il 26 % di essi; il 9 % di loro invece, preferisce non fare domande di chiarimento.

LE RISPOSTE SONO STATE ESAURIENTI?

Le risposte di chiarimento sono state esaurienti per il 67 %; per il 23 %, invece, sono state incomplete.

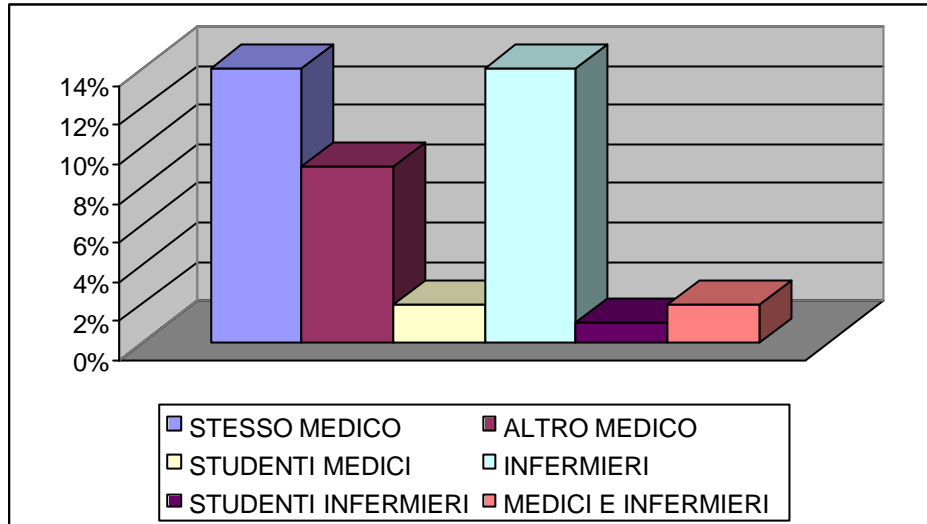
LEI SI E' STENTITA/O RASSICURATA/O?

Oltre ad essere complete, le risposte sono state rassicuranti per il 67 % dei casi e non rassicuranti per il 24 % di essi; il 9 % poi non risponde alla domanda.

DOPO IL COLLOQUIO LEI HA CHIESTO ULTERIORI INFORMAZIONI?

E' interessante vedere come le risposte a questa domanda rispecchiano quelli della precedente: infatti, il 24 % dei pazienti ha chiesto ulteriori informazioni dopo il colloquio, mentre il 67 % di essi non ne ha chiesti.

SE SI, A CHI HA CHIESTO?



Il 24 % dei pazienti, che ha chiesto ulteriori informazioni, si è rivolto alle differenti figure presenti in reparto, secondo queste modalità: il 14 % di essi ha interpellato lo stesso medico, il 9 % un altro medico, il 2 % gli studenti medici, il 14 % gli infermieri, l'1 % gli studenti infermieri ed infine il 2 % sia i medici che gli infermieri.

5. DOPO L'INTERVENTO LE INFORMAZIONI RICEVUTE PRECEDENTEMENTE SONO STATE SUFFICIENTI?

Il 73 % dei pazienti afferma che le informazioni ricevute prima dell'intervento sono state sufficienti, al contrario, non lo sono state per il 20%.

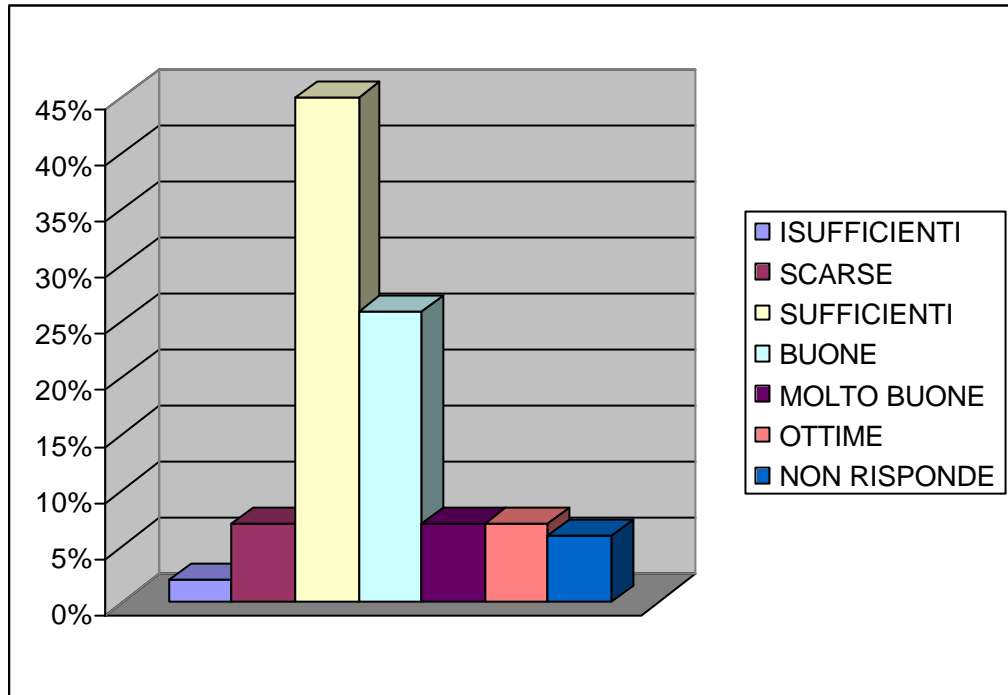
LA COMUNICAZIONE DEGLI AGGIORNAMENTI E' STATA REGOLARE?

Si può dire che per la quasi totalità dei soggetti (93 %) la comunicazione degli aggiornamenti del decorso postoperatorio è stata regolare; molto minori le percentuali di coloro che non li hanno trovati regolari (3 %) e di coloro che non hanno risposto alla domanda (4 %).

DA CHI HA AVUTO GLI AGGIORNAMENTI?

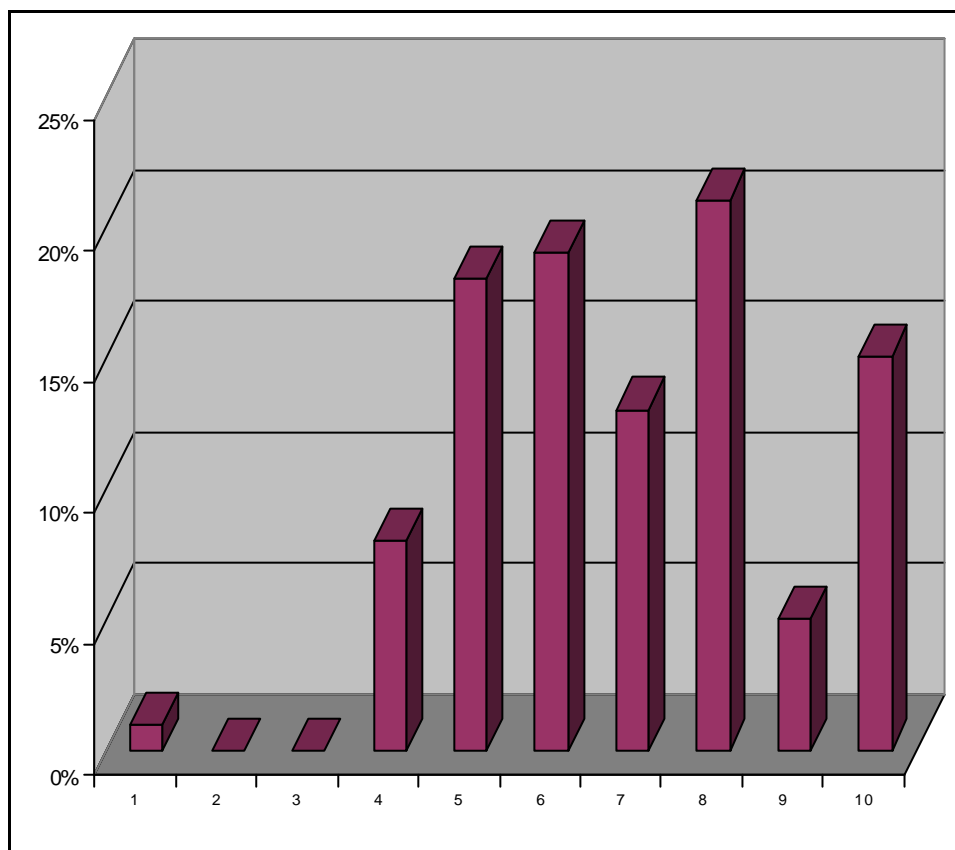
Comprensibilmente, gli aggiornamenti sono stati effettuati per la quasi totalità dai medici (74 %), anche se non è da sottovalutare il 4 % dei casi, in cui ha provveduto l'infermiere a dare aggiornamenti e il 12 % in cui sia l'infermiere che il medico hanno contribuito ad informare i pazienti.

6. LE INFORMAZIONI RICEVUTE ALLA DIMISSIONE SONO STATE:



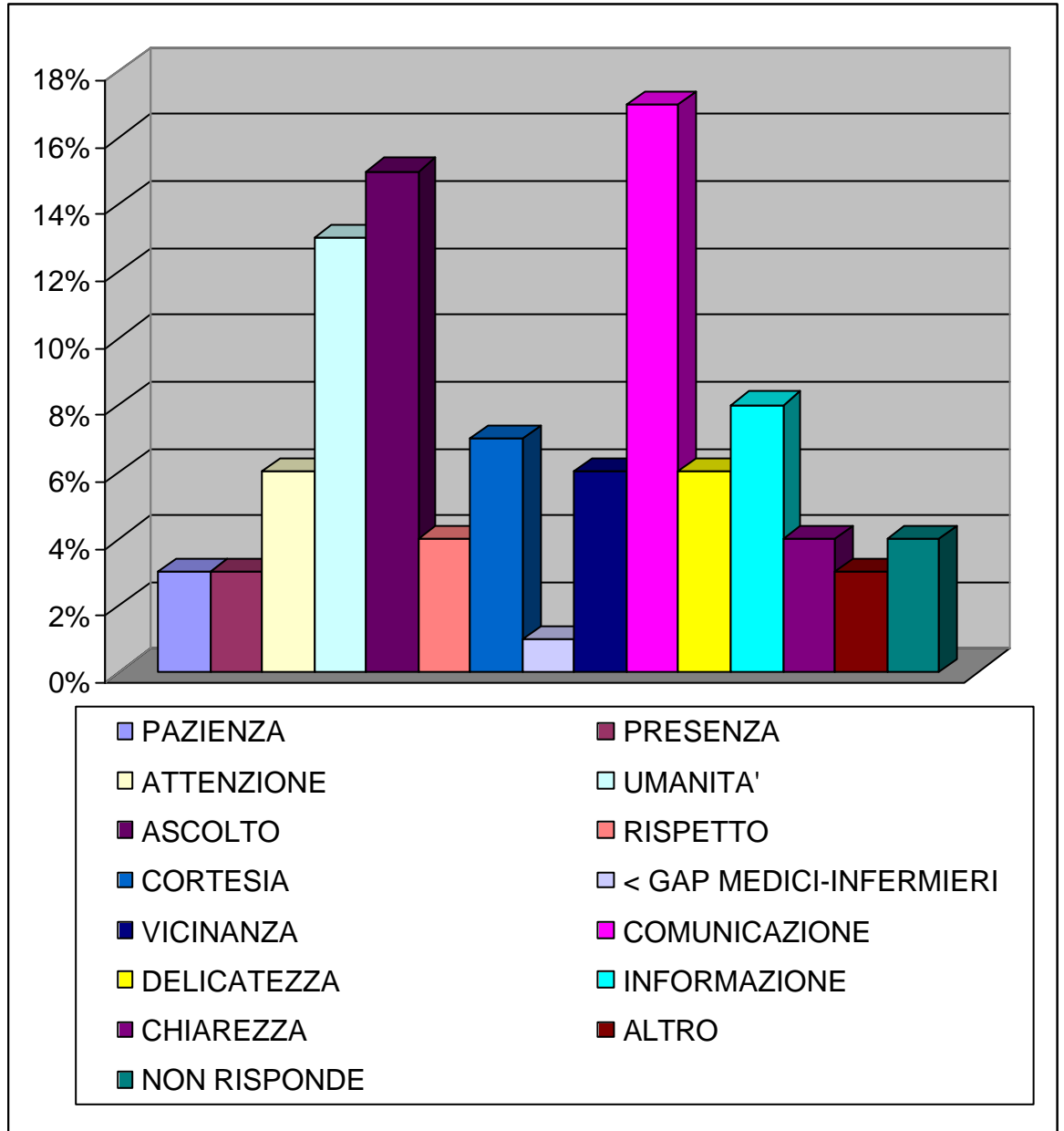
Come evidenziato dal grafico, la maggioranza dei pazienti (45 %) ha valutato sufficienti le informazioni ricevute al momento delle dimissioni, il 26 % le ha considerate buone, il 7 % le ha considerate molto buone e ottime; mentre il 7 % le ha considerate scarse e il 2 % insufficienti.

7. DURANTE IL SUO RICOVERO LEI COME VALUTEREBBE LA QUALITA' DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE?



Il giudizio complessivo, come si può notare è abbastanza positivo, riscontrando una valutazione di: 10 (15 %), 9 (5 %), 8 (21 %), 7 (13 %), 6 (19 %). Le valutazioni negative, invece, sono così distribuite: 5 (18 %), 4 (8 %), 3 (0 %), 2 (0 %), 1 (1 %).

QUALI SUGGERIMENTI HA DA DARE?



A fronte di valutazioni complessivamente molto positive, come dimostrato dalle varie risposte date alle domande del questionario, ciò che

emerge è la elevata percentuale di coloro che hanno espresso dei suggerimenti (96 %).

Questi sono molto vari, ma tra loro spicca la richiesta di maggior comunicazione (17 %), di maggior ascolto (15 %), di maggior umanità (13%).

Significativa la presenza di percentuali minori circa la richiesta di maggior informazione (8 %).

Frequenze minori, ma non per questo da sottovalutare, hanno ottenuto le richieste di maggior cortesia (7 %), attenzione, vicinanza, delicatezza (6%), rispetto e chiarezza (4 %), presenza, pazienza (3 %), minor distanza tra attività medica e attività infermieristica rivolta al paziente (1 %).

Di seguito riporto il testo del Questionario che ho utilizzato nella Ricerca.



INDAGINE STATISTICA SULLA COMUNICAZIONE FORNITA ALLA PERSONA RICOVERATA IN CHIRURGIA

Sono una studentessa del terzo anno del corso di Diploma Universitario per Infermiere presso la sezione DUI dell'Azienda Ospedaliera Polo Universitario Ospedale Luigi Sacco.

Sto preparando una Tesi che avrà come argomento la comunicazione infermieristica con la persona ricoverata in chirurgia.

Per questo lavoro avrei bisogno di raccogliere da Lei alcune informazioni attraverso il seguente Questionario, che rimarrà del tutto anonimo.

Il Questionario viene consegnato in fase di dimissione e verrà ritirato dalla sottoscritta prima che Lei lasci il reparto.

Ringrazio fin d'ora per la Sua gentile collaborazione

Valentina Chiaretti

2.7 IL QUESTIONARIO

ETÀ

SESSO

STATO CIVILE

MOTIVO DEL RICOVERO

.....

1. INGRESSO

COME GIUDICA COMPLESSIVAMENTE LE INFORMAZIONI CHE
LE HANNO FORNITO AL SUO INGRESSO IN REPARTO ?

(comunicazione del n. della stanza, del letto, dei servizi, degli orari di
reparto)

INSUFFICIENTI

SCARSE

SUFFICIENTI

BUONE

MOLTO BUONE

OTTIME

2. ITER DIAGNOSTICO

NEL CASO ABBIA DOVUTO ESEGUIRE ESAMI DIAGNOSTICI
DURANTE IL RICOVERO, LEI HA RICEVUTO INFORMAZIONI
COMPENSIBILI E SODDISFACENTI?

SI

NO

PERCHÈ.....

L'INFORMAZIONE RICEVUTA È STATA ANCHE
RASSICURANTE?

SI

NO

PERCHÉ.....

DA CHI HA AVUTO QUESTE INFORMAZIONI ?

MEDICO

INFERMIERE

ALTRO

DOVE: AMBULATORIO

STUDIO MEDICO

STANZA DI DEGENZA

ALTRO

QUANDO: QUALCHE GIORNO PRIMA

LA SERA PRIMA

IL GIORNO STESSO

IL TEMPO DEDICATO ALLE INFORMAZIONI, SECONDO LEI, È
STATO:

ADEGUATO

NON ADEGUATO

3. DIAGNOSI

QUANDO LE È STATA COMUNICATA:

DOPO UNA VISITA MEDICA

DOPO AVER RICEVUTO L'ESITO DI ALCUNI ESAMI

DOPO L'INTERVENTO

ALTRO.....

DOVE: AMBULATORIO

STUDIO MEDICO

STANZA DI DEGENZA

ALTRO.....

È STATO FACILE PER LEI FARE DOMANDE SUI SUOI DUBBI E
TIMORI?

SI

NO

PERCHÉ.....

IL TEMPO DEDICATO ALLE INFORMAZIONI, SECONDO LEI, È
STATO:

ADEGUATO

NON ADEGUATO

4. PRE-INTERVENTO

QUANDO PER LA PRIMA VOLTA LE È STATO COMUNICATO
CHE AVREBBE DOVUTO SUBIRE UN INTERVENTO?

UN MESE PRIMA

UNA SETTIMANA PRIMA.....

1-2 GIORNI PRIMA

ALTRO.....

DOVE: AMBULATORIO.....

STANZA DI DEGENZA.....

STUDIO MEDICO.....

ALTRO.....

QUALI SONO STATE LE SUE PRIME REAZIONI ALLA
COMUNICAZIONE CHE AVREBBE DOVUTO SUBIRE UN
INTERVENTO?

(è possibile scegliere più alternative)

TENSIONE...,NERVOSISMO...,PAURA...,DIFFIDENZA...,

AUTOCONTROLLO..., FASTIDIO...,INSICUREZZA...,

DEPRESSIONE...,TRISTEZZA...,APPRENSIONE...,TRANQUILLITÀ

...,FIDUCIA...,ATTESA...,ATTENZIONE...,FREDDEZZA...,

RISERBO...,AGGRESSIVITA'...,DIFESA... .

DURANTE LA COMUNICAZIONE, LA POSIZIONE, I
MOVIMENTI, GLI ATTEGGIAMENTI ASSUNTI DAL MEDICO, LE
HANNO TRASMESSO:

(è possibile scegliere più alternative)

ANSIA

SICUREZZA

DISTACCO
SIMPATIA
ATTENZIONE ALLA SUA PERSONA
PROFESSIONALITA'
ALTRO

DURANTE IL COLLOQUIO LE È RISULTATA CHIARA LA
SPIEGAZIONE CIRCA:

L'ANESTESIA: TIPO DI ANESTESIA.....
MODALITA' DI ESECUZIONE.....
LA TECNICA DI INTERVENTO.....

È STATO FACILE PER LEI FARE DOMANDE DI CHIARIMENTO?

SI
NO
PERCHÈ.....

LE RISPOSTE SONO STATE ESAURIENTI?

SI
NO
PERCHÈ.....

LEI SI È SENTITA/O RASSICURATA/O?

SI
NO
PERCHÈ.....

DOPO IL COLLOQUIO LEI HA CHIESTO ULTERIORI
INFORMAZIONI?

SI
NO
PERCHÉ.....

SE SI,
A CHI HA CHIESTO?
ALLO STESSO MEDICO
AD UN ALTRO MEDICO

A STUDENTI MEDICI

A INFERMIERI

A STUDENTI INFERMIERI

ALTRO.....

PRIMA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO LEI HA RICEVUTO
INFORMAZIONI CIRCA:

LA PREPARAZIONE:

ESECUZIONE DEL CLISTERE EVACUATIVO...

POSIZIONAMENTO DEL CATETERE VESCICALE...

POSIZIONAMENTO DEL SONDINO NASOGASTRICO...

ALTRO.....

LE SUE CONDIZIONI AL RISVEGLIO:

CARATTERI DELLA FERITA...

PRESENZA DI DRENAGGI...

PRESENZA DI DOLORE...

PRESENZA DI STOMIE...

DIFFICOLTA' A PARLARE...

ALTRO.....

IL DECORSO POST OPERATORIO:

PRESENZA DI DOLORE....

PRESENZA DEL DRENAGGIO...

MEDICAZIONE DELLA FERITA...

GUARIGIONE DELLA FERITA...

POSSIBILITA' DI MANGIARE...

POSSIBILITA' DI BERE...

POSSIBILITA' DI MUOVERSI...

PRESENZA DEL CATETERE VESCICALE...

PRESENZA DEL SONDINO NASOGASTRICO...

ALTRO.....

DA CHI HA AVUTO QUESTE INFORMAZIONI?

MEDICI

STUDENTI MEDICI

INFERMIERI

STUDENTI INFERMIERI

ALTRO.....

È STATO FACILE PER LEI FARE DOMANDE DI CHIARIMENTO?

SI

NO

PERCHÈ.....

LE RISPOSTE SONO STATE ESAURIENTI?

SI

NO

PERCHÈ.....

LEI SI È SENTITA/O RASSICURATA/O?

SI

NO

PERCHÉ.....

DOPO IL COLLOQUIO LEI HA CHIESTO ULTERIORI
INFORMAZIONI?

SI

NO

PERCHÉ.....

SE SI,

A CHI HA CHIESTO?

ALLO STESSO MEDICO

AD UN ALTRO MEDICO

A STUDENTI MEDICI

A INFERMIERI

A STUDENTI INFERMIERI.....

ALTRO.....

5. POST INTERVENTO

DOPO L'INTERVENTO LE INFORMAZIONI RICEVUTE
PRECEDENTEMENTE SONO STATE SUFFICIENTI?

SI

NO

PERCHÉ.....

LA COMUNICAZIONE DEGLI AGGIORNAMENTI SUL DECORSO
POST OPERATORIO È STATA REGOLARE?

SI

NO

PERCHÉ.....

DA CHI HA AVUTO GLI AGGIORNAMENTI?

MEDICI

STUDENTI MEDICI

INFERMIERI

STUDENTI INFERMIERI

ALTRO

6. DIMISSIONI

LE INFORMAZIONI RICEVUTE ALLA DIMISSIONE SONO STATE:

INSUFFICIENTI

SCARSE

SUFFICIENTI

BUONE

MOLTO BUONE

OTTIME

7. CONCLUSIONI

DURANTE IL SUO RICOVERO LEI COME VALUTEREBBE LA
QUALITA' DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE?

(segnare con una crocetta)

1.... 2.... 3.... 4.... 5.... 6.... 7.... 8.... 9.... 10....

QUALI SUGGERIMENTI HA DA DARE?

.....

.....

GRAZIE PER LA SUA PREZIOSA COLLABORAZIONE

2.8 CONSIDERAZIONI SUGLI STUDI PRESENTATI

Gli studi presentati nel primo capitolo, volti a conoscere il punto di vista degli infermieri sul tema della comunicazione con i pazienti chirurgici, hanno evidenziato che il personale infermieristico dispone di validi strumenti teorici riguardanti le tecniche di comunicazione, eppure alcuni elementi hanno messo in luce una discordanza tra le conoscenze teoriche e la loro applicazione nella pratica quotidiana.

Ad esempio, a fronte della conoscenza di tecniche efficaci di comunicazione, questa non è messa in atto in modo sistematico. Le ragioni addotte sono molteplici. la mancanza di tempo e di personale, lo stress legato all'eccessivo carico di lavoro, la considerazione che non occorrono tante informazioni per lo svolgimento del proprio lavoro, che viene visto in questo ambito più che in altri, inserito in un regime di dipendenza da quello del medico, oppure problemi di scarsa condivisione di un metodo comune all'interno dell'équipe per effettuare la raccolta dati; ancora, la mancanza di motivazione e di una formazione adeguata in merito. Probabilmente tali difficoltà sono dovute alla presenza di strumenti pratici poco attuabili e a volte complessi, che, dato l'elevato carico di lavoro, rischierebbero di aggravare la situazione.

Oppure possono essere dovute al modello organizzativo in cui si opera in questo ambito, che è prevalentemente per compiti. Tale ipotesi è confermata dalla minor presenza delle succitate problematiche in area critica, dove il modello per équipes è molto diffuso.

Dallo studio presentato nel secondo capitolo, volto ad esaminare il punto di vista del paziente, i dati ricavati hanno evidenziato risultati molto contrastanti: infatti, se da un lato le domande sulla qualità delle informazioni ricevute, in particolare sulla loro capacità di rassicurare, hanno avuto risposte molto positive, ciò che stupisce è l'elevata percentuale (96 %) di coloro che hanno dato suggerimenti in merito, richiedendo agli infermieri maggiore vicinanza, ascolto, comunicazione, cortesia, rispetto, pazienza, umanità.

Un tale comportamento penso possa essere determinato dal fatto che, nell'esprimere un giudizio al termine della degenza, essi siano stati condizionati dall'essere ancora in reparto e, di conseguenza, la valutazione talvolta può risultare non proprio obbiettiva.

Nel dare suggerimenti, invece, hanno potuto esprimersi liberamente, anche svincolandosi dalla realtà che hanno vissuto.

In ogni caso, sia gli infermieri che i pazienti hanno sperimentato una certa carenza dal punto di vista comunicativo - relazionale, che conferma la mia impressione iniziale circa l'esistenza del problema.

A questo punto trovo necessario approfondire le mie conoscenze sulla comunicazione in generale, sulle influenze che essa subisce quando si scontra con la malattia, il ricovero, il ricovero in ambito chirurgico, l'intervento e il periodo postoperatorio.

Inoltre vorrei esaminare i presupposti legislativi e deontologici al riguardo e anche i modelli concettuali che costituiscono un riferimento per l'agire dell'infermiere come professionista.

Infine, dopo aver analizzato la questione, cercherò di formulare un'ipotesi di soluzione al problema considerato.

CAPITOLO 3

LA COMUNICAZIONE: ASPETTI

TEORICI E PRATICI

3.1 INTRODUZIONE

In questo capitolo voglio approfondire le mie conoscenze sulla comunicazione; inizialmente la esaminerò da un punto di vista teorico: ne illustrerò la struttura dandone anche una definizione, poi ne tratterò gli assiomi, rifacendomi alla scuola di Watzlawick.

Successivamente inizierò ad analizzarne gli aspetti pratici soffermandomi sul significato e sulle condizioni necessarie per l'instaurarsi di un dialogo ben condotto.

3.2 DEFINIZIONE E STRUTTURA DELLA COMUNICAZIONE

Prima di iniziare una più ampia trattazione sulla comunicazione e sulle sue implicazioni in relazione alla malattia e al ricovero ospedaliero, ritengo utile riportarne una breve definizione.

Per comunicazione si intende la trasmissione di qualsiasi informazione o messaggio, si tratti di dati, pensieri o sentimenti. Per comprenderne la dinamica interpersonale, è indispensabile innanzitutto individuarne la

struttura; è infatti necessario tenere sempre presente che ogni atto comunicativo è caratterizzato da almeno sei fattori⁵:

- l'**emittente**, cioè chi produce il messaggio;
- il **messaggio**, che costituisce l'informazione trasmessa;
- il **codice**, che è il sistema di riferimento, in base al quale il messaggio viene prodotto (ad esempio l'alfabeto Morse, il linguaggio alfabetico, i caratteri Braille, i segnali stradali, il linguaggio informatico);
- il **canale**, cioè il mezzo fisico, ambientale che rende possibile la trasmissione del messaggio (si possono individuare molteplici tipologie di canale, come quello verbale - non verbale, quello vocale - cinesico, oppure quello riguardante la funzione neurosensoriale utilizzata dal destinatario per ricevere il messaggio, come l'udito, la vista, il tatto);
- il **contesto**, che rappresenta l'ambito in cui avviene l'interazione comunicativa (non si intende solamente la situazione ambientale, ma anche la componente linguistica, l'insieme dei messaggi non verbali emessi contestualmente ai messaggi verbali e l'insieme delle convinzioni, idee, preconcetti e pregiudizi che i due interlocutori hanno l'uno dell'altro e che

⁵ Slama -Cazacu T., *Introduzione alla psicolinguistica*, Patro, Bologna, 1973. Cit. da: Ricci Bitti P.E – Zani B., *La comunicazione come processo sociale*, Il Mulino, Bologna, 1983, pag.91

influenzano notevolmente sia le modalità dello scambio comunicativo che il suo contesto e la sua qualità);

- il **ricevente**, chi riceve e interpreta il messaggio.

Nella gestione del processo comunicativo assume un ruolo fondamentale il **feed - back**, cioè ogni forma di riscontro che l'emittente riceve in risposta al proprio messaggio e che gli consente di adeguare il proprio eloquio ed il proprio comportamento nel corso dell'interazione comunicativa. Il feed - back consente il controllo, da parte dell'emittente, dell'esito che il proprio messaggio ha prodotto sull'interlocutore, sia per quanto riguarda la componente verbale e non verbale che per quelle costituenti la risposta dell'interlocutore, permettendo così anche il controllo del proprio comportamento⁶. La presenza di feed-back è tanto più necessaria quanto più la trasmissione del messaggio è soggetta a interferenze, i cosiddetti "*rumori*". Questi possono essere di tipo oggettivo (ad esempio la differenza della lingua parlata dai due interlocutori), di tipo fisico (ad esempio un rumore reale, la difficoltà ad usare efficacemente la

⁶ Giles H., Clair R. ST. (a cura di), *Language and Social Psychology*, Blackwell, Oxford, 1979

voce, difetti dell'udito, difficoltà visive), oppure di natura psicologica (ad esempio la mancanza di attenzione, i pregiudizi, i preconcetti⁷).

Ogni rumore comporta una perdita o una distorsione del contenuto del messaggio, che viene recepito dal ricevente in modo errato, soltanto parziale o addirittura non viene percepito affatto.

All'interno dell'atto comunicativo un momento basilare è costituito dalla decodifica del messaggio, processo dinamico attivo e complesso che porta a selezionare, organizzare ed interpretare i segnali percepiti. Si realizza principalmente attraverso due fasi: la *percezione*, con la quale viene decifrato il messaggio verbale o non verbale e l'*interpretazione*, tramite la quale il messaggio viene integrato con il contesto in cui si verifica la comunicazione⁸.

Quando riceviamo uno stimolo da uno dei nostri sensi, l'effetto che esso produce è chiamato sensazione. La **percezione** è l'organizzazione e l'integrazione delle sensazioni in un'espressione dotata di significato. Quindi non è solamente il prodotto delle sensazioni ma anche della memoria delle esperienze passate, della cultura, delle emozioni

⁷ Berretta M., *Linguistica ed educazione linguistica*, Edizioni Einaudi, Torino, 1978, pagg. 59-60

⁸ Ricci Bitti P. E. - Zani B., op. cit., pag. 36

sperimentate da un individuo. È infatti noto come stati d'animo differenti tra loro (siano essi l'ottimismo, la depressione, l'ira o la gioia), possano farci apparire la realtà sotto aspetti diversi. È per questo che talvolta può evidenziarsi una discordanza tra percezione e realtà oggettiva. Inoltre ogni percezione è organizzata in figure e sfondo: la prima si riferisce a ciò che spicca al momento, il secondo rappresenta ciò a cui si presta attenzione. Alla luce di tali considerazioni è facile comprendere come si possono determinare conflitti tra persone che, pur in presenza di uno stesso fenomeno, lo interpretano in modo diverso.

La percezione e l'interpretazione sono mediate da alcuni fattori, quali ad esempio:

- la **sensibilità fisica individuale**;
- **l'attenzione selettiva** (non tutti i segnali che sono fisicamente disponibili nell'ambito comunicativo ottengono lo stesso grado di attenzione: alcuni vengono recepiti subito, altri necessitano di un eventuale rinforzo, altri ancora vengono ignorati volutamente o inconsapevolmente);

- la **categorizzazione**, mediante la quale viene attribuito un significato rilevante agli eventi con particolari proprietà⁹.

Sia l'attenzione che la categorizzazione possono essere a loro volta influenzate da una serie di elementi, come ad esempio

- il **contesto** e le **aspettative**, che agiscono spesso in maniera integrata facendo percepire situazioni e persone come ci si aspetta di trovarle. Anche gli atteggiamenti generano (o annullano) le aspettative, condizionando così l'interpretazione dei messaggi scambiati;

- la **personalità** del ricevente che, ad esempio, può essere strutturata in modo da ignorare alcuni aspetti della comunicazione, come nel caso dell'attenzione selettiva¹⁰;

- lo **status**, poiché i soggetti che entrano in relazione comunicativa cercano di classificarsi reciprocamente secondo attribuzioni che ritengono importanti e significative, come sesso, età, professione;

- lo **stato emotivo**, in quanto il comportamento non verbale ha un ruolo predominante anche se suscettibile di ambiguità;

⁹ Ibidem, pag.37

¹⁰ Ibidem, pag. 38

- gli **atteggiamenti interpersonali**, che consentono di comprendere sentimenti di ostilità - amicizia, simpatia - antipatia, disponibilità - indisponibilità;

- la **dinamica dell'interazione** in corso, perché gli interlocutori hanno la necessità, durante l'interazione, di avere informazioni sulle reazioni delle altre persone (feed - back) in base alle quali adeguare il proprio comportamento; pure a questo riguardo il ruolo del linguaggio non verbale è essenziale, anche se la sua interpretazione avviene spesso in maniera inconsapevole¹¹.

Di particolare rilevanza è il *contesto* nel quale avviene l'interazione comunicativa; infatti esso determina la scelta dei termini verbali e della direzione verso cui si deve orientare l'interlocutore per comprendere il senso del discorso. Inoltre individualizza e completa il senso dell'eloquio, mediante l'impiego di sfumature create dalla correlazione di particolari termini ad oggetti o situazioni che vengono considerate durante la comunicazione.

¹¹ Argyle M., Alkema M., Gilmour R., *The communication of Friendly and hostile Attitudes by Verbal and Nonverbal Signals*. In European Journal of Social psychology, 1, pagg. 385-402, Cit. da : Ricci Bitti P. E. -Zani B., op. cit., pagg. 38 -39

Infine il contesto può creare il significato di una parola, qualora soltanto all'interno di esso lo si possa comprendere correttamente. In tal senso può anche trasformare il significato originario di un termine per piegarlo alle esigenze della comunicazione, fino al punto di distorcere la parola ad un significato errato.

3.3 ASPETTI TEORICI: GLI ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE

EXPLICATIO TERMINORUM

Nei paragrafi che seguono, per definire le varie unità della comunicazione, chiamerò *messaggio* una singola unità di comunicazione; una serie di messaggi scambiati tra persone sarà definita *interazione*; infine chiamerò *modello di interazione* una unità di comunicazione umana di livello ancora più elevato.

Comunicare significa rendere comune, mettere in comune, rendere manifesto, rendere partecipe qualcuno di qualche cosa; il *linguaggio* è un insieme di segni e di simboli il cui significato è comune ad un certo numero di interpreti, i quali sono in grado di produrli e di comprenderli in situazioni diverse, secondo modalità predeterminate e non altrimenti.

Watzlawick e gli altri studiosi della Scuola di Palo Alto (CA), comprendono nella definizione di linguaggio anche tutte le manifestazioni dell'agire sociale delle persone, evidenziando come tali manifestazioni, suscettibili di indurre variazioni nel comportamento altrui, possono essere identificate come informazioni e quindi dotate di valenza comunicativa. Pertanto i termini *comunicazione* e *comportamento* vengono usati come sinonimi, considerato che tutto il comportamento è comunicazione e che tutta la comunicazione influenza il comportamento.

Watzlawick rileva alcune caratteristiche della comunicazione¹² che hanno fondamentali implicazioni interpersonali, oltre ad essere degli assiomi:

- 1- l'impossibilità di non comunicare;
- 2- l'esistenza di due livelli comunicativi di contenuto e di relazione;
- 3- la punteggiatura delle sequenze di eventi;
- 4- la comunicazione verbale e non verbale;
- 5- l'interazione complementare e simmetrica.

¹² Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D.D., *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1971

3.3.1 NON SI PUÒ NON COMUNICARE

Il comportamento non ha un suo opposto: non esiste un non-comportamento, cioè non è possibile *non* avere un comportamento. Se si accetta l'idea che l'intero comportamento in una situazione di interazione ha valore di messaggio, cioè è comunicazione, ne consegue che non si può *non* comunicare.

L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri che, a loro volta, non possono non rispondere, comunicando in tal modo anche loro.

L'uomo che guarda fisso davanti a sé mentre fa colazione in una tavola calda affollata, o il passeggero d'aereo che siede con gli occhi chiusi, stanno entrambi comunicando che non vogliono parlare con nessuno, né vogliono che si rivolga loro la parola, e i vicini di solito "afferrano il messaggio" e rispondono in modo adeguato lasciandoli in pace. Questo è uno scambio di comunicazione tale quale una discussione animata.

3.3.2 CONTENUTO E RELAZIONE DELLA COMUNICAZIONE

Una comunicazione non soltanto trasmette informazione, ma nel contempo impone un comportamento. Pertanto è presente in ogni comunicazione un aspetto di “notizia”, il contenuto, ed un aspetto di “relazione”, che definisce il rapporto tra i comunicanti. Il primo trasmette i dati della comunicazione, il secondo (conosciuto anche con il termine di metacomunicazione) indica il modo con cui si deve considerare tale comunicazione.

La metacomunicazione è un messaggio sul messaggio, un commento sul contenuto letterale e sulla natura della relazione tra le persone implicate; essa manifesta l’atteggiamento, i sentimenti e le intenzioni di chi invia il messaggio, tanto verso se stesso che verso il ricevente e il messaggio stesso, sia in modo verbale che non verbale.

La persona, con la metacomunicazione, può infatti accompagnare alle sue espressioni verbali i movimenti del corpo, definendo meglio il tipo di messaggio che ha inviato e spiegando al suo interlocutore le proprie intenzioni. Nel fare ciò deve rendere armonici e coerenti il livello letterale e quello metacomunicativo; diversamente il ricevente non sarà in grado di arrivare ad una corretta interpretazione.

“Questo è un ordine” oppure “Sto solo scherzando” sono esempi verbali di metacomunicazione, ma si può esprimere la relazione anche in modo non verbale e cioè gridando, sorridendo, ecc.

Inoltre il contesto in cui ha luogo la comunicazione servirà a chiarire ulteriormente la relazione: le frasi sopracitate si comprendono meglio sapendo che sono state pronunciate tra soldati in uniforme o nell’arena di un circo.

La metacomunicazione può essere anche in contrasto con il contenuto del messaggio trasmesso. Un esempio si riscontra ne “I promessi sposi”:

“In che posso ubbidirla? - disse don Rodrigo, piantandosi in piedi nel mezzo della sala. Il suono delle parole era tale; ma il modo con cui erano proferite, voleva dir chiaramente: bada bene a chi sei davanti, pesa le parole, e sbrigati”¹³.

¹³ Manzoni A., *I promessi sposi*, capitolo VI, I cpv

3.3.3 LA PUNTEGGIATURA DELLA SEQUENZA DI EVENTI COMUNICATIVI

Chiamiamo “punteggiatura” della sequenza dei messaggi il *modo* di percepire che ciascuno dei comunicanti ha della serie (che teoricamente può essere infinita) di scambi. È evidente che la punteggiatura *organizza* gli eventi comportamentali ed è quindi vitale (o mortale) per le interazioni in corso.

La nostra cultura ci fa condividere molte convenzioni della punteggiatura che, pur non essendo più esatte di altri modi di considerare gli stessi eventi, servono ad organizzare sequenze interattive comuni importanti. Per esempio, diamo il nome di “leader” ad una persona che si comporta *in un certo modo* (cioè che ha una determinata punteggiatura nel suo comportamento) in un gruppo, e chiamiamo “seguace” una persona che si comporta in un altro modo, sebbene sarebbe difficile stabilire la posizione dell’una in assenza dell’altra.

Altra caratteristica fondamentale della comunicazione, quindi, riguarda l’interazione, cioè gli scambi di messaggi tra i comunicanti. Supponiamo, ad esempio, che una coppia abbia un problema di intesa reciproca in cui ciascun coniuge è responsabile al 50%: lui chiudendosi passivamente in se

stesso e lei brontolando e criticando. In breve i loro litigi si riducono ad una serie di scambi sempre uguali dei due messaggi “Io mi chiudo in me stesso perché tu brontoli” e “Io brontolo perché tu ti chiudi in te stesso”. Ciò che accade nei due è che il marito coglie le sequenze “lei brontola”, allora “io mi chiudo” mentre la moglie percepisce le sequenze “lui si chiude” allora “io brontolo”: cioè si vedono soltanto nell’atto di reagire al comportamento dell’altro (ma non a determinarlo).

Quello che li accomuna è lo stesso errore: ciascuno assume che l’altro agisce in un certo modo per un *suo* atteggiamento, come se si comportasse *a priori*, cioè indipendentemente dal resto, e non comprende assolutamente che lui stesso contribuisce a determinare l’atteggiamento altrui. Anche i rapporti internazionali presentano numerosi modelli di interazione che hanno più di una analogia con quello appena descritto. Per esempio, si dice che il modo migliore per preservare la pace sia quello di preparare la guerra. Ma non è chiaro perché ciascuna nazione dovrebbe considerare gli armamenti delle altre una minaccia per la pace. La corsa agli armamenti per anni è stata determinata da questo processo: la nazione A predispone potenti armi chimiche, biologiche, nucleari, ecc., al solo scopo difensivo. Ma la nazione B si sente minacciata e a sua volta ne prepara e accumula di

più potenti, peraltro considerate un grande pericolo dalle altre nazioni, e così via.

Si può dunque aggiungere un terzo assioma della comunicazione: la natura della relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.

3.3.4 LA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE

Nella comunicazione umana si hanno due possibilità del tutto diverse per riferirsi agli oggetti (in senso lato): usare la parola o usare immagini, gesti. Il primo modo assegna ad un oggetto una sequenza di suoni o lettere del tutto arbitraria, suoni o lettere che vengono manipolati secondo la sintassi logica di una particolare lingua. L'altro invece sostituisce con delle immagini i nomi che il primo modo ha assegnato a quello stesso oggetto.

Il primo tipo di comunicazione è detto verbale o numerica, il secondo non verbale o analogica. La comunicazione analogica comprende il movimento e le posizioni del corpo, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle stesse parole, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo è capace. Anche il *contesto* in cui ha luogo l'interazione

fa parte della comunicazione ed è di grande importanza: ad esempio, chiunque si lavasse i denti in una strada affollata anziché nel proprio bagno, rischierebbe di essere portato al manicomio o al commissariato.

Troppe volte le persone, nel comunicare, sottovalutano o ignorano l'insieme dei vari segnali che influenzano la relazione con l'altro ed i suoi comportamenti al di là dell'utilizzo della parola. La comunicazione non verbale, prodotta attraverso e dal linguaggio corporeo, è infatti spesso inconscia e ricca di significati profondi. Essa il più delle volte amplia, completa e sostiene il discorso verbale. Il volto, lo sguardo, i gesti, le posture, l'aspetto esteriore sono tutte fonti di informazione e stimolo di comportamento per l'interlocutore. Per questo è di grande rilevanza la coerenza tra parole e gesti, per consentire all'altro di arrivare ad una corretta interpretazione del messaggio.

Esiste una stretta analogia tra questi due moduli di comunicazione e il mondo dei computer. Infatti vi sono computer numerici (che operano con numeri, concettualmente simili alle parole) e computer analogici (che operano sugli analoghi dei dati).

Occorre poi rilevare che la comunicazione analogica non ha alcun riferimento con la sintassi del linguaggio verbale, cioè in essa mancano

molti elementi essenziali della stessa logica: non esistono, ad esempio, la *disgiunzione* (la *o* non esclusiva) usata per esprimere “o uno o entrambi”, la semplice *negazione*, cioè una espressione che sostituisca il “non”, *l’implicazione* (“*se* è vero... *allora* è vero anche”), ecc.

È evidente pertanto la difficoltà di tradurre il linguaggio analogico in quello numerico e viceversa, data la radicale diversità della loro struttura concettuale, senza una notevole perdita delle informazioni contenute in ciascuno e a prezzo di inevitabili ambiguità.

In altri termini, se è possibile tradurre la lingua italiana in quella russa con il semplice ausilio di un dizionario e la conoscenza delle regole della sintassi perché, pur essendo diverse, le due lingue si basano sullo stesso pensiero logico, il passaggio dal linguaggio verbale a quello non verbale, invece, pone problemi di traduzione del tutto diverso.

Ad esempio, il linguaggio numerico non permette un’interazione efficace nei rapporti con i bambini molto piccoli o con le persone affette da gravi disturbi mentali o in generale quando oggetto della comunicazione è una relazione che implica la sfera dell’affettività. D’altra parte il linguaggio analogico ha un alto grado di ambiguità: ci sono lacrime di gioia e lacrime di dolore; l’atto di serrare i pugni si può interpretare come un segno di

aggressività oppure di costrizione, con un sorriso si può esprimere comprensione o disprezzo. Nella comunicazione non verbale, a differenza di quella numerica, non esistono aggettivi qualificativi (buono/cattivo, piacevole/spiacevole, ecc.) né indicatori che consentano di distinguere tra passato, presente e futuro¹⁴.

Pertanto una “buona” comunicazione comporta la coesistenza, o meglio la complementarietà dei due moduli in ogni messaggio.

¹⁴ Quanto si è detto sinora rende chiara anche una analogia tra i moduli di comunicazione analogico e numerico e i concetti psicoanalitici di *processo primario* e *processo secondario*, rispettivamente. La descrizione che Freud dà dell'Es diventa praticamente una definizione della comunicazione analogica:

Per i processi dell'Es non valgono le leggi di pensiero della logica, e in specie non vi si formano contrasti. Impulsi antitetici sussistono l'uno accanto all'altro, senza annullarsi a vicenda o detrarsi reciprocamente Nell'Es non vi è nulla che si potrebbe equiparare alla negazione, e si apprende altresì con sorpresa che secondo i filosofi lo spazio e il tempo sono forme necessarie dei nostri atti psichici. *

* Freud S., *Introduzione allo studio della psicoanalisi*, Astrolabio – Ubaldini, Roma, 1947, p. 387

3.3.5 LA COMUNICAZIONE SIMMETRICA E COMPLEMENTARE

Le persone, comunicando, si influenzano e modificano reciprocamente i loro comportamenti; le loro relazioni possono essere simmetriche o complementari, cioè basate sulla eguaglianza o sulla differenza.

La relazione simmetrica si pone in essere quando emittente e ricevente si trovano in posizione paritaria (marito - moglie, fratello - sorella, due colleghi di lavoro). Essa diventa negativa quando il comportamento di uno dei due interlocutori è sempre attivo e quello dell'altro è sempre passivo; quest'ultimo congela le sue risorse, rispecchiandosi costantemente nell'altro e rinnegando la sua diversità. La relazione simmetrica è corretta quando le persone sanno assumere alternativamente posizioni attive o passive, a seconda delle necessità. La diversità dei protagonisti viene arricchita, grazie alla loro capacità di saper valutare quando è opportuno condurre e/o accettare il rapporto direttivo. L'interazione simmetrica è caratterizzata dall'uguaglianza e dalla minimizzazione della differenza, mentre il processo opposto caratterizza l'interazione complementare.

L'interazione complementare prevede che uno dei due comunicanti sia in posizione di dominanza nei confronti dell'altro (genitore figlio; docente allievo; terapeuta paziente). Un partner non impone all'altro una relazione

complementare, ma piuttosto ciascuno si comporta in modo da presupporre il comportamento dell'altro, fornendogli nel contempo le ragioni.

Se questa modalità comunicativa sviluppa forme di dipendenza e non aiuta l'altro a crescere, è indubbiamente negativa; la sua attuazione deve sempre essere caratterizzata dal rispetto, dalla correttezza, deve durare solo il tempo necessario ed essere finalizzata all'autorealizzazione dell'emittente e del ricevente.

Come ultimo assioma si può quindi affermare che tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sulla uguaglianza o sulla differenza.

I cinque assiomi descritti costituiscono il fondamento di ogni comunicazione e aiutano a leggere tutte le interazioni sia tra persone sane che malate.

3.4 GLI ASPETTI PRATICI DELLA COMUNICAZIONE

In questa sezione cercherò di evidenziare i principali aspetti pratici connessi con la comunicazione umana. Innanzitutto occorre ricordare che per avere una comunicazione efficace tra persone si debbono considerare alcuni presupposti spesso trascurati: la gratuità e l'apertura.

1. La comunicazione autentica richiede a chi comunica atteggiamenti di apertura e di gratuità verso l'altro, atteggiamenti che nascono da una attitudine fondamentale: la capacità e il gusto di osservare con stupore e meraviglia tutto quanto ci sta intorno e dentro ogni persona, a partire da se stessi, con la consapevolezza che nulla ci è dovuto, che nulla è scontato.

2. Per comunicare in modo autentico è importante tener presente una "regola d'oro": "Occorre presupporre che ciascuno sia più pronto a salvare l'affermazione dell'altro che a condannarla: se non la può salvare cerchi di sapere come la interpreta; e se fosse interpretata erroneamente, lo corregga con dolcezza; e, se non basta, cerchi tutti i mezzi opportuni, perché intendendola rettamente progredisca"¹⁵. L'esperienza dimostra che dove esiste questa attenzione, anche tra le persone appartenenti ad un qualsiasi

¹⁵ cfr. Ignazio di Loyola, *Esercizi Spirituali*, Roma, 1984, par 22

gruppo sociale, si produce un clima di apertura e di fiducia reciproca che favorisce le relazioni interpersonali e quindi la comunicazione.

Vi sono poi alcune caratteristiche importanti della comunicazione interpersonale:

1. *Ogni comunicazione autentica nasce dal silenzio.* Parlare è dire qualcosa a qualcuno, qualcosa che deve anzitutto nascere dentro di sé. Perché questo succeda, la persona deve autoidentificarsi, autocomprendersi, deve saper cogliere la propria interiore ricchezza. Molte forme di loquela non sono vera comunicazione, perché nascondono un vuoto interiore, sono chiacchiere, sfogo superficiale, esibizionismo. Ogni vera comunicazione esige spazi di silenzio e di raccoglimento. Non è necessaria la moltitudine delle parole per comunicare davvero. Poche parole sincere nate da un distacco contemplativo (come espresso precedentemente) valgono più di molte parole accumulate senza riflessione.

2. *La comunicazione ha bisogno di tempo.* Non si può comunicare tutto d'un colpo, in fretta e senza grazia. A questo riguardo noi manchiamo spesso per disattenzione, fretta, superficialità. Occorre saper cogliere i momenti giusti senza bruciare le tappe. L'eccesso di comunicazione

annienta l'altro e lo annulla. Ogni buona comunicazione è graduale, prudente, rispettosa dell'altro. Ciò vale nei confronti di ogni persona, e in modo particolare per chi è malato.

3. *Non bisogna spaventarsi dei momenti di ombra.* Luci e ombre sono vicende normali del fatto comunicativo. Chi nel rapporto interpersonale vuole solo e sempre luce, chiarezza, certezza assoluta, dà segno di voler dominare piuttosto che comunicare, cade nella gelosia e aliena l'altro, anche se in apparenza lo conquista. Dobbiamo accettare la difficoltà della comunicazione se vogliamo giungere al maggior grado di trasparenza possibile.

4. *La trasparenza comunicativa raggiungibile non è mai assoluta.* Il volerla forzare oltre il giusto, oltre la soglia di quello che è il segreto della persona, forse neppure accessibile del tutto a chi lo possiede, fa scadere nella banalità. Non tutto ciò che è personale e privato può essere comunicato ad altri in pubblico; la conoscenza di tutto quanto è nella persona non sempre aiuta una comunicazione autentica. Pudore, riserbo, rispetto sono garanti di una vera comunicazione.

5. *La comunicazione coinvolge sempre in qualche modo la persona che comunica.* Pur se molti rapporti comunicativi non raggiungono la

profondità di una comunicazione in cui chi parla dice qualcosa di sé, implicitamente però ogni comunicare coinvolge la persona che parla, almeno al livello più semplice della verità delle informazioni che sono trasmesse e dell'autenticità dei sentimenti che sono espressi. Dunque, in qualche modo, chi parla dice sempre qualcosa di sé, esprimendo la sua onestà di fondo (o disonestà) e la sua apertura (o chiusura) agli altri e al mondo.

6. *La comunicazione è informativa, appellativa e insieme autocomunicativa.* Comunicando informa su contenuti, fa appello alla persona chiamandola, promettendo, minacciando, esortando. E' autocomunicativa, perché la persona in fondo vuole comunicare qualcosa di sé. Informazione, appello, autocomunicazione sono continuamente in atto nei nostri discorsi, in modi più o meno espliciti. L'abitudine ad ascoltare bene gli altri (prima ancora di pensare cosa dobbiamo dire noi) ci renderà sensibili a molte di queste sfumature del comunicare tra persone e ci aiuterà anche a cogliere dove stanno i blocchi comunicativi e come si possono superare.

7. *Non c'è autentico comunicare se non c'è l'intenzione di suscitare una risposta.* La comunicazione deve porre l'attenzione a ciò che l'altro

sente, vive o desidera. Molte volte la risposta è svagata o sfocata perché la comunicazione iniziale, di avvio è stata formulata al di fuori dell'orizzonte e degli interessi di chi ascolta. Questa è una delle ragioni del dialogo difficile, per esempio, tra figli e genitori di una certa età, quando chi parla non fa la fatica di mettersi nel contesto e negli interessi di colui al quale vuole parlare.

3.4.1 II DIALOGO

È indispensabile che l'infermiere abbia sempre presente il suo *ruolo originale*, consapevolezza che da una parte lo sostenga nella convinzione della sua dignità e che lo immunizzi dallo scoraggiamento a volte indotto dall'ambiente circostante, dall'altra, che via via lo guidi a capire quale sia la giusta distanza da tenere con il paziente, evitando d'essere o troppo distante, al limite del rapporto freddo e distaccato, o troppo accondiscendente a qualsiasi sua richiesta.

Ma *questa distinzione non è separazione*. Non è indifferenza, non è timore, non è disprezzo. Quando l'infermiere si distingue dal malato, o anche dal medico, non si oppone ad essi, anzi si congiunge. Come il

medico, che, conoscendo le insidie d'una malattia contagiosa, cerca di guardare sé e gli altri da tale infezione, ma nello stesso tempo si dedica totalmente alla guarigione di coloro che ne sono colpiti, così l'infermiere non fa della sua professione una ragione per essere lontano dal malato; anzi ne fa argomento d'interesse e di aiuto efficace per chiunque incontra nel suo lavoro.

Questo *interiore impulso* di dedizione all'altro viene chiamato anche *dialogo*. Esso infatti non è primariamente una tecnica, fosse anche la più raffinata, funzionale ad una relazione efficace con gli altri, ma è fondamentalmente un atteggiamento interiore della persona, risiede cioè nelle sue sfere profonde più che in quelle superficiali: non è nella sensibilità, fisica o psicologica, non è nell'intelletto, né nella memoria, ma è un atteggiamento che sta tra l'affettività e la parte più esterna dell'io, quella che percepisce il suo stesso essere come un "me", non ancora come un "io" che rimane essenzialmente "mistero" a se stessi.

Questa precisazione è dettata dal fatto che spesso il tema del dialogo è trattato esclusivamente come metodologia comunicativa o relazionale, anziché come movimento, spinta, “impulso” appunto, che nasce dal profondo di sé.

Ne consegue in primo luogo che ogni persona, nella fattispecie l’infermiere, la quale voglia acquisire, o progredire nella propria capacità di dialogo, deve sì conoscere le varie tecniche, ma soprattutto fare l’esercizio di entrare in sé, andando alla fonte da cui esso nasce. Al contrario, tutti gli sforzi saranno sterili tentativi di raggiungere qualcosa che conosciamo, ma che non riusciremo mai a praticare realmente[GC1]¹⁶.

Un secondo corollario è relativo alla comune esperienza¹⁷ che riscontra nel personale infermieristico una scarsa attenzione alla comunicazione in generale, e in particolare al dialogo, in quanto ritenuti inutili o quantomeno di scarsa utilità. Quanto detto trova la spiegazione non tanto nel disinteresse da parte del personale infermieristico, quanto piuttosto nella mancanza (che possiamo dire strutturale) nel processo formativo, e quindi

¹⁶ Una conseguenza di ciò riguarda direttamente il metodo formativo per educare al dialogo, e più in generale alla comunicazione: in entrambi i casi non si può eludere il passaggio attraverso il silenzio, con esercizi di meditazione.

¹⁷ Motta C., Florian J., *La relazione e la comunicazione con la persona assistita*, Nursing oggi, N4, 2000

nella prassi, dei corretti strumenti per poter raggiungere l'obiettivo specifico: il silenzio, la meditazione, l'interiorizzazione¹⁸.

L'infermiere deve dialogare col mondo in cui si trova a vivere, rapportandosi con correttezza, stima, escludendo la condanna aprioristica, la polemica offensiva ed abituale, la vanità di inutile conversazione. Non cerca di ottenere immediatamente il consenso dell'interlocutore, perché rispetta la sua dignità e la sua libertà, mira tuttavia al suo vantaggio, e vorrebbe disporlo a più piena comunione di sentimenti e di convinzioni.

Pertanto il dialogo suppone in noi che intendiamo introdurlo e alimentarlo con quanti ci circondano uno stato d'animo particolare, quello di chi sente dentro di sé la responsabilità di aver ricevuto e assunto il proprio codice deontologico, di chi avverte di non poter più separare il proprio star bene dalla ricerca di quello altrui, di chi studia continuamente per mettere i principi professionali, di cui è depositario, nella circolazione del discorso umano. Lo stesso patto infermiere - cittadino contiene impegni ardui a riguardo: rispetto, ascolto, vicinanza, conoscenza dell'altro.

¹⁸ In effetti sono strumenti che a prima vista appaiono utopici, quasi paradossali in tema di comunicazione, agli occhi della cultura dominante. Ma così non è, da quanto vado dicendo. E il fatto che comincino ad esserci le prime sperimentazioni in linea con le tesi che qui sostengo, lascia intravedere che questi discorsi possano effettivamente portare un beneficio concreto ai pazienti. In questo senso va citato il lavoro sulla meditazione riportato in *Le dinamiche psicologiche* di Francesco DeFalco e Adriana Rossi

Il colloquio è perciò un modo d'esercitare il proprio codice deontologico; è un'arte di spirituale comunicazione. Suoi caratteri sono i seguenti:

la *chiarezza*: il dialogo suppone ed esige comprensibilità, è un travaso di pensiero, è un invito all'esercizio delle facoltà superiori dell'uomo; basterebbe questo suo titolo per classificarlo fra i fenomeni migliori dell'attività e della cultura umana; e già questa sua iniziale esigenza sollecita la nostra premura professionale a rivedere ogni forma del nostro linguaggio: se comprensibile, se popolare, se eletto;

la *mitezza*: il dialogo non è orgoglioso, non è pungente, non è offensivo. La sua autorità è intrinseca per la verità che espone, per la carità che diffonde, per l'esempio che propone; non è comando, non è imposizione. È pacifico, evita i modi violenti, è paziente, è generoso;

la *fiducia*, tanto nella virtù della propria parola, quanto nell'attitudine ad accoglierla da parte dell'interlocutore: promuove la confidenza e l'amicizia; intreccia gli spiriti in una mutua adesione ad un bene comune, che esclude ogni scopo egoistico;

la *prudenza* infine, pone molta attenzione alle condizioni psicologiche e morali di chi ascolta; se bambino, se incolto, se impreparato, se diffidente, se ostile; e studia per conoscerne la sensibilità e per modificare, ragionevolmente, se stesso e le forme della propria presentazione per non essergli ingrato e incomprensibile.

Nel dialogo, così condotto, si realizza l'unione della verità e dell'empatia, dell'intelligenza e dell'assistenza.

Quindi non è un dibattito di idee, un confronto dialettico tra concezioni differenti, una imposizione di messaggi da chi è professionista della salute a chi è malato, non è mera informazione e nemmeno una tecnica. Non è semplice conversazione, perché essa si muove nell'ambito dell'informazione e, finché non diventa vero dialogo, riguarda il conoscere non l'essere del soggetto¹⁹.

Invece è prima di tutto un problema dell'essere. Infatti è un atto della persona, anzi, è la persona in atto, cioè nella storia concreta, come essere nel mondo. Ne segue che la prima esigenza del dialogo sia la presenza esistenziale, presenza di essere autentico che manifesta se stesso. Il dialogante non fa altro che ex - porre la propria irripetibile ricchezza

¹⁹ Cfr Gneo F., *Educazione al dialogo*, Roma, 1971, pag. 39

ontologica, la fa ex - sistere uscendo dal nascondimento, poiché è essenzialmente manifestazione del mistero, per porsi davanti e pro - porsi nella sua attività.

Questa esposizione che scopre con lealtà ciò che uno è, costituisce il contenuto della disponibilità, che non riguarda tanto un cambiamento di opinione, quanto piuttosto il mettersi a disposizione dell'altro affinché possa arricchirsi senza contropartita.

Il dialogo è un autentico rapporto interpersonale, che si verifica nella dialettica di rivelazione (dire e dare se stesso) e di fiducia (accogliere, essere accolti), cioè nell'apertura reciproca. Nasce così la comunione nel 'noi' in cui la parola è il 'ponte'. Il dialogo quindi è intercomunione di coscienze, cioè comunione interpersonale per la quale l'altro vive, in qualche modo, in me e viceversa, in un dono reciproco del nucleo del proprio essere. In questo scambio libero e reciproco, ognuno si arricchisce, attraverso un processo di crescita personale, portato avanti da energie presenti nella persona, anche se stimolate e sostenute dall'esterno.

Si vuole evidenziare che tale sviluppo, sia in campo psicologico che in quello spirituale, è promosso dalle energie che ogni individuo porta in sé. L'intervento dall'esterno, il cui grado di necessità è proporzionato al livello

di immaturità, o di disturbo in relazione alla malattia sia della parte psicologica che spirituale della persona, dovrà tener conto di questo principio.

Inoltre, lo scopo del dialogo non è da ricercare nel tentativo di risolvere i problemi della persona, ma solo di porre le condizioni migliori per togliere gli ostacoli alla soluzione degli stessi. Si tratta, cioè, di creare un clima, uno stato d'animo che aiuti il soggetto a prendere coscienza della propria situazione e ad iniziare un processo di superamento delle difficoltà e di recupero della propria autonomia, stimolando in essa tutte le forze in grado di reagire positivamente allo stato di malattia. Questo principio può essere espresso attraverso il motto:” *Aiutare la persona ad aiutarci*”.

CAPITOLO 4

LE PROBLEMATICHE DELLA COMUNICAZIONE IN OSPEDALE E IN AMBITO CHIRURGICO

4.1 INTRODUZIONE

In questo capitolo affronto l'influenza che realtà come l'ospedale, il ricovero, la malattia, il dolore, la morte hanno nei confronti della comunicazione.

Successivamente descriverò i rischi comunicativi nei quali gli infermieri possono incorrere durante lo svolgimento delle loro attività assistenziali.

A questo punto vorrei proporre le condizioni che riescono a sviluppare una comunicazione efficace con il paziente: la relazione d'aiuto, l'empatia e il suo presupposto, l'accoglienza, l'ascolto e la stimolazione.

Infine mi soffermo sulle modalità con cui si possono mettere in pratica le suddette disposizioni affinché si instauri una relazione terapeutica con il malato che si assiste.

4.2 PROBLEMATICHE DELLA COMUNICAZIONE IN RELAZIONE AL RICOVERO

4.2.1 LO SCENARIO DELL'OSPEDALE

L'ospedale è un'organizzazione complessa che assolve molteplici funzioni: diagnosi e cura del malato; formazione del personale sanitario, ricerca di nuove diagnosi - terapie; isolamento di particolari tipi di malattie. All'interno di esso si confrontano operativamente tra di loro tre aspetti: medico, amministrativo, assistenziale. L'ospedale è nato a misura dell'uomo, tuttavia il malato recepisce il tono di fondo della cultura ospedaliera come a- personale, se non inumano.

In particolar modo, il paziente in ospedale si trova a partecipare ad una vita comunitaria che prevede percorsi standard nonostante le diverse esigenze dei suoi ospiti; l'asimmetria del rapporto tra chi assiste e tra chi è assistito diventa ancora più marcata perché l'operatore è di casa e svolge un ruolo che ha scelto, il paziente non ha più nulla di suo attorno ed è costretto alla degenza. Inoltre è inserito in un'organizzazione che teoricamente ha come obiettivo primario il suo interesse, ma che, in quanto organizzazione rigidamente predeterminata, tende a trascurare i suoi bisogni emozionali, è costretta a violare la sua intimità, limita le sue possibilità comunicative e

determina una perdita di status e di identità personale. Questa condizione pone il paziente di fronte al problema di trovare una nuova immagine di se stesso. Molteplici sono i mezzi impiegati per soddisfare questo bisogno: la foto della famiglia, il vaso di fiori portato da casa e messo sul tavolino, la vestaglia fantasiosa, costituiscono altrettanti simboli di questa nuova identità.

L'ospedalizzazione comporta solitamente anche una generale limitazione della comunicazione, per quanto riguarda contenuti e frequenze. Spesso il paziente è tenuto a parlare solo quando è interrogato o quando ha qualcosa da dire che può essere ritenuto importante. Per le condizioni determinate dallo stato di malattia, anche per la complessità e rigidità della struttura comunicativa, poiché si trova nella stessa stanza con persone con cui non ha familiarità, alcune malate, facilmente sopraggiunge un impoverimento delle esigenze espressive.

4.2.2 L'INGRESSO IN OSPEDALE

Nelle situazioni ambulatoriali, per la brevità del tempo, il paziente evita molti dei condizionamenti impliciti del ricovero, ma non la rigidità dei movimenti istituzionali. Comunque sia, il percorso del paziente nella vita

del reparto sembra percorrere un unico copione: l'arrivo in ospedale rappresenta il primo impatto con una istituzione alle cui regole dovrà adeguarsi in una condizione fisica e psichica per lo più precaria. L'impatto avviene solitamente in accettazione, dove viene valutata la richiesta di un eventuale ricovero; subentra il pronto soccorso in caso di urgenza.

Una volta arrivato in reparto gli vengono poste delle domande, da parte del caposala o di chi ne fa le veci, per la compilazione della modulistica d'ingresso, che nella maggior parte della realtà comprende anche la cartella infermieristica; successivamente gli viene chiesto di spogliarsi e di indossare il pigiama, una sorta di divisa. I movimenti interni al reparto, infatti, si svolgono tra tre tipi di persone presenti, ciascuna con una divisa diversa: il camice per il personale, il pigiama o la vestaglia per il paziente, l'abito comune per il visitatore. L'attività medica in reparto inizia per il paziente con la compilazione della cartella clinica e prosegue in tre periodi corrispondenti ai turni del personale infermieristico.

Sommariamente il primo turno, quello mattutino, si contraddistingue perché vede concentrato in esso il maggior numero di attività, con l'impegno congiunto del personale infermieristico e medico; questo è anche il periodo in cui viene fornito al paziente il maggior numero di

informazioni: il programma della giornata, sia diagnostico che terapeutico, l'esito di eventuali esami diagnostici, l'aggiornamento delle condizioni cliniche.

Il secondo turno, quello pomeridiano, comporta la prevalenza del lavoro infermieristico, attraverso la somministrazione delle terapie, l'esecuzione di esami diagnostici. Questo periodo viene interrotto nel tardo pomeriggio dal tanto atteso arrivo dei visitatori, che con la loro presenza permettono ai degenti di sentirsi ancora parte del mondo "là fuori" .

Il terzo turno, quello notturno, è il più lungo della giornata e si configura come un periodo di attesa, molte volte difficile da affrontare: infatti il malato è da solo, le attività attorno a lui sono ridotte ed egli ha tutto il tempo di soffermarsi a riflettere circa la propria condizione clinica, le paure e le insicurezze ad essa legate, accrescendo così l'ansia e il disagio che il ricovero può comportare.

Quando il ricovero può essere programmato, il paziente è in grado di pianificare il periodo di assenza dalla famiglia, dal lavoro, dalle amicizie, consentendo un miglior adattamento al distacco. Situazione completamente differente è invece il ricovero in situazioni di urgenza ed emergenza, che coglie il paziente impreparato, spesso nel pieno della sua attività lavorativa

e sociale; per questo motivo egli non ha il tempo di pensare e di organizzarsi, fattore che accentua lo stress e l'angoscia per il proprio futuro.

4.2.3 LA COMUNICAZIONE E GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI DEI REPARTI

Alcuni studi hanno cercato di verificare il legame tra il processo di assistenza infermieristica, raccolta delle informazioni e fattori organizzativi²⁰. Sono così emersi i limiti della cultura tecnicista propria del Servizio Sanitario contemporaneo, che implica spesso modelli organizzativi orientati al controllo del proprio funzionamento più che dei risultati ottenuti. In tale scenario dominante, si colloca la svalutazione del ruolo infermieristico, che finisce per appiattirsi su prevedibili mansioni di carattere esecutivo, che non richiedono alcuna raccolta di informazione per la pianificazione dell'assistenza²¹. Permangono così inalterate le ragioni di fondo su cui si basa l'organizzazione per "compiti", secondo la quale si determina la ripartizione delle attività fra il personale infermieristico presente in un determinato turno di servizio. In questo modello

²⁰ Poletti P., Vian F., *Informazione, informatica e nursing*, Rivista dell'infermiere, 1985

²¹ Ibidem

organizzativo non è prevista l'assegnazione di un gruppo di pazienti alla responsabilità professionale di un infermiere formalmente incaricato, né si riconosce necessario formulare piani individuali di assistenza infermieristica: l'esecuzione del compito prescinde quindi dall'identificazione di un bisogno e dalla raccolta di informazione mediante un colloquio sistematico, realizzandosi sovente nell'offerta, routinaria e indiscriminata, di una certa prestazione alla totalità degli assistiti²².

²² “L'utilizzo del processo di nursing [...] richiede alcune condizioni minime di tipo organizzativo e gestionale. Ritengo essenziale segnalarne due: un lavoro non organizzato esclusivamente per compiti, ma orientato almeno parzialmente verso la logica della settorializzazione e delle piccole èquipe. In caso contrario, mancherebbe una visione globale della persona e non sarebbe possibile quella sistematica individuazione delle sue risposte di natura fisica e psicosociale che è richiesta dal processo di assistenza; per ragioni analoghe, una documentazione sufficientemente completa e personalizzata”. Calamandrei C., “L'uso delle diagnosi infermieristiche nella pratica professionale”, *Salute e Territorio*, 81, 1992

4.3 LE PROBLEMATICHE DELLA COMUNICAZIONE IN RELAZIONE ALLA PERSONA MALATA

Accingendomi ad entrare più in particolare nel tema della comunicazione con la persona malata, vorrei premettere una riflessione di tipo generale sul dolore e sulla morte, due temi che da sempre e per ogni persona hanno costituito, e costituiscono due degli aspetti più problematici della vita, quindi temi centrali e ineludibili anche per questo lavoro. In particolare porrò l'attenzione sulle ripercussioni che tali temi hanno nei confronti della comunicazione.

4.3.1 IL DOLORE

È con il dolore che ogni uomo sperimenta nella propria carne la mancanza di un bene sentito come voluto e dovuto, la fragilità di un essere che appartiene al mondo esterno da cui subisce un attacco e che al tempo stesso diviene ed è profondamente conscio della situazione diversa in cui vorrebbe trovarsi.

Il dolore e la mancanza, intesa come categoria esistenziale, manifestano la distinzione tra l'essere e il dover essere, tra l'attuale e l'ideale, esemplificano l'appartenenza a due mondi che si cerca, attraverso

inutili tentativi, di conciliare: un mondo di aspirazioni infinite e un mondo di dati e di fatti che resistono e che limitano, che restringono, assediano e pongono confini sperimentati spesso come violenti.

Eppure, è proprio in questa tensione dolorosa che avviene l'incontro con la realtà che ci sostiene e ci costituisce. Il dolore è quindi il luogo in cui il mistero dell'uomo si manifesta: mentre si presenta come nemico e come violenza, come blocco che limita e non lascia essere pienamente quello che si vorrebbe e dovrebbe, al tempo stesso, appare come legge della realtà, come battito del ritmo della vita, al di fuori del quale vi è solamente l'illusione e un danno più radicale: la perdita del senso della realtà. Evitare il dolore significherebbe, in modo assoluto, evitare il vivere.

Il dolore è il luogo del mistero²³ proprio perché, mentre è la via necessaria attraverso cui la realtà si impone con i suoi limiti 'dolorosi', spinge al tempo stesso la persona oltre la realtà attuale, verso un 'significato' di tale esperienza da ricercarsi 'altrove'. Identica struttura si trova nel riso, nel gioco, nella gioia, nella ricerca, nella solitudine, nell'insoddisfazione: queste sono tutte manifestazioni vissute del mistero dell'uomo.

²³ Imoda F. *Sviluppo umano psicologia e mistero*, Ed. Piemme, Alessandria, 1993, p.28

Il dolore e la malattia, intesi come luogo esistenziale che ci riporta alla profondità e all'essenzialità della verità, lungi dall'essere semplicemente una "questione tecnica", costituiscono quindi un problema etico che riguarda la speranza irriducibile di salute dell'uomo e la ricerca della salvezza, talvolta in modo disperato. Ancora di più²⁴: il dolore, la malattia e la morte hanno senso sempre e solo in relazione al significato della vita.

Dal punto di vista fisiologico²⁵ il dolore svolge normalmente un'importante funzione: mette in guardia l'organismo di fronte a stimoli dannosi, ed è spesso un sintomo importante per il riconoscimento dei disturbi del nostro organismo. Questa funzione non ha più valore quando il dolore accompagna una malattia e diventa cronico; diventa il richiamo persistente di un male incurabile, tormenta il corpo, invade la coscienza, può essere immaginato come un circolo vizioso che si ripete all'infinito. La spaventosa precisione della sua continuità genera ansia, depressione, insonnia.

Sono molti gli strumenti utilizzati per facilitare un colloquio più aperto e approfondito, in un programma di assistenza globale del malato,

²⁴ Carlo Maria Martini *L'Ospedale maggiore nel nuovo millennio: un'antica istituzione milanese a servizio della persona*, "Messaggio" per la Festa del Perdono 2001, 26 Marzo 2001

²⁵ Cavicchioli A. et al. *Elementi di base dell'assistenza infermieristica*, vol. 1, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1994

permettendo una valutazione più corretta della sua espressione del sintomo e quindi un intervento personalizzato sui fattori che possono aver influenzato la sua soglia del dolore.

Infatti un colloquio più accurato permette di valutare:

- la *soglia* del dolore, che inizialmente è piuttosto uniforme;
- la *tolleranza* al dolore, influenzabile da condizioni psicologiche, affettive e comportamentali;
- l'*espressività* del dolore, il modo di rispondere ad uno stimolo da parte del paziente;
- la *lamentela* del dolore, la sua comunicazione, correlata a fattori sociali, familiari, etnici, culturali;
- il *linguaggio* del dolore, la sua comunicazione attraverso modi verbali e non verbali;
- altri *fattori facilitanti o inibenti*, quali le esperienze precoci, il significato, la memoria, l'attenzione, la suggestione, la distrazione.

Dal punto di vista infermieristico si dovrebbe cercare di entrare in relazione con il paziente tramite:

- l'osservazione dei messaggi espressi attraverso il tono della voce, l'espressione del viso, la postura del corpo, che possono comunicare dolore e sofferenza;
- l'ascolto, quando il paziente rivela il bisogno di esprimere le proprie ansie verso un futuro incerto, le frustrazioni personali e sociali conseguenti alla malattia, il libero sfogo di sentimenti e rimpianti;
- il contatto fisico di una mano rassicurante oppure di uno sguardo di comprensione se il paziente manifesta il proprio dolore. Il contatto psichico è infatti uno strumento per comunicare emozioni e vissuti, un atteggiamento non verbale, che predispone il malato ad abbandonare lo stato di tensione e di ansia. È importante che il contatto fisico con il paziente non sia occasionale ma intenzionale e che comunichi disponibilità e considerazione;
- la distrazione, in quanto sostituire il piacere al dolore può essere un efficace metodo di distrazione. Stimolare il paziente al ritorno ad abitudini gradite o attività diverse, come guardare la televisione, ascoltare musica, leggere un libro;

- lo stare con il paziente dopo che è stato fatto tutto il possibile per alleviare il dolore; potrà bastare sedere vicino alla persona, perché la sola vicinanza fisica a volte può costituire un notevole aiuto.

4.3.2 L'ENIGMA DELLA MORTE

L'agire professionale riguardo all'esperienza della morte è fortemente condizionato dall'atteggiamento della cultura dominante. Infatti la morte oggi è diventata un nuovo tabù; è considerata sporca, vergognosa, da nascondere alla vista degli altri, da eliminare o privatizzare. Un'espressione di questo atteggiamento è, ad esempio, il disagio che si prova di fronte ai morenti: si è perso il riferimento di tutti quei rituali e quelle tradizioni che accompagnavano le tappe essenziali della vita; parallelamente si è sviluppato il mito dell'autocontrollo che limita l'espressione delle forti emozioni associate al dolore.

Spesso non si sa che dire: le frasi d'uso per tali situazioni sono relativamente scarse ed un sentimento d'imbarazzo impedisce di parlare. Per il moribondo questa può essere un'esperienza amarissima, ancora vivo è già abbandonato; le persone che sono a contatto con lui non sono più in

grado di confortarlo, con la manifestazione del loro affetto e della loro tenerezza. Fanno fatica a stringergli la mano affinché capisca che né devozione né protezione sono venute meno; in tal modo diventa difficile parlare spontaneamente con il morente, anche se si è pienamente consapevoli di quanto egli ne avrebbe bisogno.

Una tendenza alternativa che favorisce l'appropriazione di questa realtà è la visione della morte come "mistero": quando dico mistero non intendo qualcosa che sta fuori di me, bensì qualcosa che mi coinvolge, che non posso evitare, ma che devo integrare.

Il recupero culturale della morte passa attraverso la gestione del senso di incontrollabilità e di ineluttabilità della morte. Per far questo, occorre avviare una revisione critica del modello di uomo proposto dagli effimeri valori dominanti: restituire spessore e senso alla malattia, alla sofferenza, al dolore e alla morte, recuperare il valore e il significato della vita. E la vita è comunque un bene, un valore, un dono grande; un dono di Dio che - attraverso il dolore, la malattia e la morte - ci rende partecipi della sua vita senza fine, della sua pienezza di amore. Ne segue che il senso più vero della vita umana sta nell'amore e che la capacità di amare, donandosi agli altri, superando il proprio egoismo, dà alla vita un altissimo significato

morale. Individuare "il fine ultimo dell'uomo", è un'operazione di grande importanza spirituale e morale, essenziale per problematizzare e rinnovare il proprio essere persona e professionista.

La vita è una scuola nella quale siamo costantemente sollecitati a sviluppare molti nostri aspetti e capacità. Colui che accompagna l'esperienza della perdita, sia quella relativa alla propria vita che quella relativa ad una persona cara, per essere un prezioso compagno di viaggio e per non nuocere a se stesso, ma anzi favorire la propria crescita e benessere, dovrà avere:

- ☞ grande disponibilità all'ascolto e al comunicare con empatia;

- ☞ capacità di entrare nella relazione con serenità e giusto distacco, pur essendo coinvolto emotivamente;

- ☞ capacità di rispettare i tempi, i ritmi e gli orientamenti del paziente e della famiglia;

- ☞ capacità di trasmettere, mediante la sua ripetuta presenza, continuità, solidarietà, compartecipazione e condivisione, senza lasciarsi vincere da sentimenti di impotenza;

☞ capacità di sperimentare una partecipazione empatica nei lunghi silenzi che il malato terminale può manifestare e capacità di intuire la comunicazione esistente in tali silenzi;

☞ capacità di aiutare il morente e i familiari a utilizzare le risorse emotive, mentali e spirituali proprie e quelle offerte dall'ambiente;

☞ capacità di comprendere sempre più i possibili significati e le funzioni della sofferenza e del dolore nella vita umana;

☞ capacità di accompagnare sia il morente prima, che il superstite poi, nella rivisitazione, attraverso il ricordo, della storia della propria vita (questo offre al morente prima e ai superstiti poi la possibilità di creare nuove comprensioni e significati).

Lo sviluppo di queste qualità e abilità aumenterà in noi la capacità di comprendere ed utilizzare la nostra esperienza anche ai fini della nostra crescita ed evoluzione.

La 'legge' della morte per la vita, d'altra parte, era stata già anticipata dalla filosofia greca. Famoso è il detto di Plutarco: il bambino deve morire

perché possa nascere il giovane, e il giovane deve morire perché possa nascere l'adulto²⁶.

4.3.3 LE IMPLICAZIONI DELLA COMUNICAZIONE IN RELAZIONE ALLA MALATTIA

Veniamo ora ai vissuti del paziente. Il periodo che precede il ricovero, di malattia o di sospetta malattia, indebolisce le capacità individuali di resistenza e aumenta il livello di incertezza. L'ospedalizzazione conseguente può allora essere manifestata da paura, irritabilità, infelicità, aumentata preoccupazione per le funzioni del proprio corpo. Da un mondo familiare di cui si conosce tutto, si passa ad un ambiente sconosciuto: ciò provoca ansia, che pian piano si attutisce quando si assume l'identità di paziente e si entra nei percorsi comunicativi e relazionali del reparto. Paradossalmente, è il paziente che sta male a vivere meglio in ospedale; invece chi è ricoverato per ragioni di tipo diagnostico soffre maggiormente per la limitazione di spazio e di movimento a cui deve adeguarsi. Tra le principali difficoltà che il paziente deve affrontare, e in qualche modo compensare, emerge la perdita di un suo spazio privato. Quasi tutte le

²⁶ Imoda F. *Sviluppo umano psicologia e mistero*, Ed. Piemme, Alessandria, 1993, p.74

attività del soggetto, nella sua vita quotidiana di reparto, avvengono in pubblico, con una inevitabile rinuncia della propria intimità. Infatti la medicina coniuga oggi, sia in fase diagnostica che terapeutica, una maggiore efficacia con una maggiore invasività. Mentre un tempo il corpo poteva essere violato solo sul tavolo chirurgico, e ancora più in fondo su quello autoptico, oggi sono a disposizione del medico numerose tecniche che espongono all'osservazione medica anche le parti più interne del corpo. Si tratta di una violazione necessaria .

Un'ulteriore forma d'ansia scaturisce dallo stato di confusione in cui generalmente il paziente è immerso a proposito del proprio percorso sanitario: egli tenta di carpire notizie sulla sua malattia ma il suo bisogno di conoscenza è soddisfatto di rado. Aggredito dalla malattia, o dal timore di essa, quindi spaventato dal futuro, spesso confuso, il paziente entra in una dimensione di tipo regressivo: al personale primariamente chiede una cura intesa come attenzione e accudimento emotivo, e ciò favorisce nel suo immaginario, e in quello dei suoi familiari, l'idea del medico come unica protezione psicologica dalla malattia²⁷ .

²⁷ Cipolli C. e Moja E.A. *Psicologia medica*, Roma, 1991, pagg. 143-193.

È allora indispensabile umanizzare anche l'ospedale, luogo in cui spesso la salute manca, ma non per questo l'uomo. Prima di tutto si pone il problema di una migliore informazione all'utenza e di variazioni anche nel campo strutturale: ad esempio, per ciò che attiene il numero dei letti da collocare in ogni stanza, occorre puntare al raggiungimento dello standard ottimale di due letti più servizi igienici, creando l'esigenza di una individualizzazione della degenza; così come si dovrebbe prestare particolare attenzione anche alla posizione della stanza rispetto all'esterno. Inoltre, l'infermiere, sul quale grava in modo specifico la responsabilità assistenziale di una unità di cura, deve essere posto in grado di espletare le proprie funzioni nel modo migliore: ciò significa che nell'organizzazione interna dell'ospedale deve essere dato adeguato rilievo allo spazio-lavoro dell'infermiere, ponendolo a contatto il più stretto possibile con i pazienti che deve seguire²⁸.

²⁸ Carnevali O. e Morlunghi P., *L'ospedale oggi*, Nis, Roma, 1986, pagg. 32-33.

4.3.4 LA COMUNICAZIONE E I PROBLEMI DELL'OSPEDALIZZAZIONE

Oltre alla malattia in sé, un ricovero ospedaliero, la necessità di un intervento chirurgico, sono evenienze tra le più critiche nella vita di una persona e di una famiglia. Se una simile situazione si verifica all'improvviso, il paziente si trova a dover gestire diversi tipi di problemi. Infatti, l'ammalato ospedalizzato esce dalla dimensione spazio-temporale abituale e viene a trovarsi in una nuova dimensione, diversa, che gli procura innanzi tutto la perdita, sia pure temporanea, di un suo ruolo sociale e di aspetti della sua personalità che egli considera importanti. Prova insicurezza, ansia, depressione. Nei casi più gravi angoscia, disperazione, senso di abbandono ed impotenza. I suoi familiari sono fortemente coinvolti e spesso condividono con lui sentimenti e situazioni difficili. A volte una malattia può anche rompere equilibri familiari instabili o modificare dinamiche conflittuali latenti. Anche i medici e gli infermieri possono sentirsi partecipi degli stati ansiosi dei degenti ed ancora di più gli amici o i volontari che visitano gli ammalati con l'intenzione di offrire un po' di conforto. Il cambiamento di stato da "persona sana" a "persona malata" provoca al livello mentale un

disorientamento. Un individuo che fino a poco prima aveva la sua casa, con tutte le sue comodità, i suoi familiari, un suo ruolo sociale significativo, si trova, d'improvviso, catapultato in un habitat in cui deve condividere stanza e bagno con persone estranee. Viene meno il diritto alla riservatezza. A volte deve sopportare i modi sbrigativi del personale. Con il "consenso informato" non è più possibile sottoporre un paziente ad intervento chirurgico senza dirgli cosa ha e perché lo si opera. Soprattutto nei casi di interventi gravemente mutilanti.

4.3.5 LO SPAZIO E IL TEMPO DEL MALATO IN RELAZIONE ALL'OSPEDALIZZAZIONE

Per meglio comprendere la dimensione psicologica dell'ammalato, è opportuno fare alcune considerazioni sulle variazioni spazio - temporali che si determinano durante la malattia. L'uomo ha bisogno di muoversi all'interno di queste due dimensioni, lo spazio ed il tempo, che gli appartengono, benché egli non ne abbia una consapevolezza costante. Lo **spazio** non è soltanto quello cosiddetto vitale, inteso cioè come la tridimensionalità assolutamente necessaria alla sopravvivenza. Vi è un anelito continuo verso i grandi spazi: la stanza, la casa, la piazza, la città, le

praterie, il mare, l'universo. La conquista del grande spazio è la conquista della libertà. La dimensione spazio viene peraltro profondamente modificata dalla velocità dei mezzi di comunicazione. E tale velocità non comporta soltanto lo spostamento nello spazio, ma attraverso i successi della tecnologia, anche la comunicazione del pensiero in tempo reale. Ciascuno di noi ha sicuramente fatto esperienza diretta dell'importanza dello spazio. Quando esso si riduce al di là di parametri accettabili, le reazioni possono giungere a stati fobici sino a fenomeni di panico (comune è l'esperienza riportata da chi rimane intrappolato in un ascensore che si è bloccato).

In particolare, la malattia relega in una stanza, in un letto, a volte in uno spazio ristretto ed imposto da specifici accertamenti e terapie. Basti pensare alla condizione di spazio imposto dalla terapia flebologica o al lettino operatorio o al tubo della risonanza magnetica.. Lo spazio che l'ospedale rende disponibile per l'ammalato è sempre ristretto: una corsia, una stanza a più letti. Egli perde i propri punti di riferimento: la strada, l'ufficio, la sua casa, i suoi mobili, i suoi oggetti. Spesso deve condividere con estranei i servizi igienici, il riposo, rinunciare alla sua privacy. Il suo spazio si restringe non soltanto fisicamente, ma si restringe anche il suo spazio

interno, costretto com'è a riferirsi ai ricordi e alla fantasia, in assenza di stimoli esterni. Si modifica anche lo “spazio relazionale”: per esigenze istituzionali le relazioni con parenti ed amici sono estremamente ridotte e comunque mantenute su livelli superficiali. I rapporti sono soprattutto con il personale medico e infermieristico, ma anche in questo caso è possibile individuare alcune caratteristiche che possono provocare disturbi alla comunicazione; infatti lo spazio del paziente è, spesso, limitato. Lo spazio dei medici, degli infermieri, dei familiari e degli amici è proiettato in una realtà esterna assai più ricca di contenuti. Ma ad un attento esame risultano di particolare rilievo le storie con i compagni di stanza. Cosicché lo spazio della stanza diventa un nuovo microcosmo per la realizzazione di un funzionamento affettivo necessario ad un diverso e provvisorio adattamento.

Il **tempo** è l'altra grande variabile, assolutamente fondamentale per rispondere ai bisogni di progettualità propri dell'individuo. Vi è un tempo regolato da eventi esterni, come l'alternanza delle stagioni, in cui la variabile climatica contribuisce al determinismo della percezione del tempo medesimo. Come il giorno e la notte sono regolati dall'incidenza dei raggi di luce. La percezione corretta del “tempo esterno” è un parametro che

necessita di segnali dal mondo. Basti pensare a tal proposito che gli speleologi che si avventurano in esperienze sotterranee di lunga durata, dopo un po' perdono la cognizione del tempo trascorso. Vi è poi un "tempo interno", di cui abbiamo una conoscenza non immediata e che è ritmato da quell'orologio biologico interiore che si avvale, allo stato delle conoscenze, di modificazioni biochimiche, ormonali, umorali, in buona parte conosciute.

La corretta valutazione del tempo risente moltissimo dei nostri stati d'animo. Tutti hanno sperimentato l'ansia, quando il tempo disponibile per un determinato compito è estremamente ridotto. Al contrario, il troppo tempo a disposizione a volte può determinare una condizione di noia, che in alcune circostanze e per determinati individui non è disgiunta dalla depressione. Il nostro vivere quotidiano, dunque, si svolge in uno scenario nel quale spazio e tempo arrivano a dare, in condizioni particolari, una percezione di benessere o di disagio. Al di là dei nostri stati emozionali interiori, legati a problematiche conflittuali, e fatte salve le variazioni indotte da eventi esterni, una dilatazione o un restringimento del tempo e dello spazio possono rendersi responsabili di per sé di alterazioni psico - affettive.

Con la scoperta di una malattia molto grave il tempo subisce un arresto. Quello che era lo svolgersi anche caotico e incessante della vita, con i mille impegni imposti dal vivere quotidiano e con la velocità legata al bisogno di esperire rapporti in tempo reale, come d'incanto rallenta notevolmente, quasi fino a fermarsi. Nuovi soggetti e nuove situazioni entrano nel proprio mondo a scandirne i ritmi. Se la malattia è di breve durata e di lieve entità il processo temporale rallenta soltanto, e anzi può divenire una salutare pausa per ritrovare sopiti interessi. Ma se è seria e cronica, ed ancor di più a prognosi incerta, il tempo è stravolto.

Ad esempio se un individuo ha subito un danno cardio - vascolare vive, almeno all'inizio, il proprio tempo come svolto in piccoli frammenti. E anche chi ha superato la fase acuta è costretto a "rallentare" i propri impegni, cioè a dilatare il tempo. È soprattutto il cancro che stravolge la dimensione temporale. Crolla la capacità progettuale, caratteristica peculiare dell'uomo. Il tempo non si proietta più al di là che di poche settimane. I ritmi sono scanditi dai tempi delle terapie e dei controlli del follow - up, che in certi casi si protraggono per anni.

Alcuni studiosi affermano che soprattutto il paziente oncologico sperimenta la dimensione dell'extra - time. Questo termine assume

l'accezione di "tempo che resta da vivere" per quanti si prendono cura del soggetto, come parenti o sanitari, con tutte le fantasie che ne conseguono sino a quella del lutto anticipato che si vive in alcune famiglie. Dal punto di vista del malato l'extra - time è invece un "vivere fuori dal tempo". Superata positivamente la malattia, questi pazienti apprendono una nuova dimensione temporale. I loro ritmi rallentano nuovamente. Colui che ha lambito il limite della morte comprende meglio la vita ed indugia ad assaporarne ogni attimo. Ci sono pazienti che una volta guariti hanno abbandonato l'uso dell'orologio, come a dimostrare che la dimensione tempo finisce per essere una convenzione sociale, che può intralciare il libero fluire della vita.

È possibile pertanto che si stabilisca una divergenza ideologica tra l'ammalato e il mondo, tra il paziente e i suoi medici. Essi si trovano rispettivamente a vivere un tempo rallentato ed un tempo accelerato e questo può rappresentare una prima barriera per una comunicazione efficace. Ad esempio, un messaggio dato dal medico o da un infermiere in pochi secondi trova nel paziente un ascoltatore che ha fin troppo tempo per elaborarlo e rielaborarlo. Questa possibile ruminazione ossessiva diviene facilmente fonte di angoscia. Una comunicazione empatica non può

prescindere dalla conoscenza di queste variabili, che hanno un peso specifico di elevato significato.

Anche la gestione del tempo subisce una modificazione: si dilata o si contrae in funzione del contenuto affettivo degli avvenimenti. La vigilia di esami diagnostici particolarmente impegnativi, ad esempio, comporta una dilatazione del tempo, dominato dall'angoscia e dalla paura per un risultato sfavorevole.

Alla vigilia di un intervento chirurgico l'angoscia più frequente nei pazienti è legata ai tempi dell'anestesia. Con l'immaginazione il paziente vive la "sospensione del tempo" in una fantasia che accomuna l'incoscienza dell'anestesia all'incoscienza del sonno, alla sospensione della vita, ad una "morte artificiale". Un tempo mai più recuperabile, neanche se assimilato al sonno notturno, durante il quale il mondo, nella sala operatoria e fuori di essa continua a muoversi freneticamente.

Il follow - up, benché rappresenti una modalità necessaria, rappresenta un "luogo temporale" impregnato di angoscia. C'è uno sforzo notevole per dilazionare nel proprio mondo fantasmatico le scadenze, quasi a voler allontanare da sé il timore di responsi infausti. Anche qui il tempo determina una barriera tra personale medico - infermieristico e paziente. I

sei mesi del prossimo esame sono per il medico un tempo dai significati esclusivamente statistici, ma per l'ammalato rappresentano una dilazione concessa alla propria sopravvivenza. Il tempo dell'indagine diventa interminabile ed ancora più lungo il tempo dell'attesa dei risultati. Benché in termini profondamente diversi, questa percezione temporale distorta coinvolge spesso anche i familiari.

4.4 L'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'INFERMIERE E I RISCHI NELLA COMUNICAZIONE

Nella relazione infermiere - paziente, l'aspetto da indagare inizialmente è la distanza interpersonale che caratterizza tale rapporto. Un primo livello è quello fisico: di base, sempre ricco di connotazioni emotive; non meno importante è quello sociale o concernente il ruolo, dipendente principalmente dalla formazione, dagli aspetti di etica professionale; infine il livello che coinvolge il mondo psicologico dell'infermiere, quello che si potrebbe definire come livello emotivo. La distanza che si viene a creare sarà determinata, dunque, da come è strutturata la personalità dell'infermiere e da come è strutturata quella del paziente, ma soprattutto dall'incontro di questi due soggetti, cioè dalla relazione fra i due.

L'infermiere ha una funzione determinante, in quanto imposta per primo le basi della relazione. Tuttavia, una identificazione con il paziente troppo pressante o un pervicace rifiuto del rapporto possono rappresentare sovente un segnale di incapacità della comunicazione che avrà come primo effetto una comunicazione disturbata. Per l'infermiere, poi, delusioni e fallimenti sono frequenti. Ciò a causa dell'intervento stesso che è chiamato ad attuare: un intervento sulla salute, come pochi altri carico di coinvolgimenti emotivi e di incertezze sui risultati.

Esiste una correlazione strettissima tra le soddisfazioni che si traggono dall'esercizio della professione e la crescita motivazionale, e visto che la motivazione è alla base del modo di lavorare, ogni atto del proprio operato ne risentirà inevitabilmente. Questo può accadere quando il disagio è tale da modificare il rapporto infermiere - paziente.

L'infermiere può limitarsi a una risposta scortese, perché quel giorno va tutto storto, ma se il disagio cresce e invade l'intera attività lavorativa, allora iniziare il turno di servizio diventa una fatica, con tutte le sue conseguenze. Allora, anche la comunicazione diventerà stabilmente alterata e disturbata e sovente genererà ansia. Infatti, a tal proposito, appare evidente che l'alto livello di coinvolgimento emotivo presente nella

professione infermieristica comporta una forte mobilitazione delle istanze psichiche e conseguentemente lo sviluppo di continui e nuovi equilibri con il raggiungimento di elevati livelli ansiogeni.

Se allarghiamo poi lo sguardo e consideriamo il lavoro, anche per i suoi aspetti di difficoltà e di impegno richiesto e la responsabilità che comporta, allora l'ansia è spiegabile come il diretto prodotto di un conflitto vissuto sul piano psicologico. Possono essere attuate delle difese da parte degli infermieri per convivere con la malattia degli altri stando bene con se stessi in seno al rapporto che si ha con il paziente e con i colleghi: la *razionalizzazione* o *l'intellettualizzazione*, per riuscire a rifugiarsi in una visione scientifica e teorica della malattia, in cui non vi sia posto per le istanze che il paziente solleverà; *negazione* o *fuga*; *proiezione*, qualora il paziente diventi il depositario di alcune parti cattive dell'operatore (la comunicazione in questo caso passerà attraverso un filtro che la modificherà pesantemente, tanto da renderla a volte impossibile); *allontanamento interpersonale* attraverso lo scudo degli strumenti medici e del linguaggio.

A tale proposito, ci sono tre componenti da annotarsi: l'ostentazione di sicurezza e padronanza della situazione, il tentativo di arroccarsi all'interno

del proprio ruolo professionale, l'uso della parola oltre che del comportamento finalizzato a un'oggettualizzazione del malato. Spesso si verifica la tendenza, ad esempio, a scherzare in momenti di particolare tensione o di notevole attenzione; questo atteggiamento ha allo stesso tempo il vantaggio di esorcizzare l'ansia e di comunicare agli altri un sentimento di sicurezza e di controllo su ciò che sta accadendo. Un'altra prassi spesso evidenziabile è quella di utilizzare, in presenza del malato, un linguaggio ricco di termini tecnici e fortemente specifici, anche quando potrebbero essere vantaggiosamente sostituiti con parole più semplici; questa pratica crea una distanza a volte enorme tra le persone e rende difficile la relazione e la comunicazione.

Ma al di là delle formule verbali, l'oggettualizzazione del paziente si può teoricamente evidenziare sotto altri aspetti: scarso rispetto del privato, omogeneità degli interventi che non tiene conto delle singole esigenze, una visione dei familiari come agenti disturbanti. Inoltre un atteggiamento freddo e distaccato, l'immobilismo delle strutture sanitarie mettono sicuramente al riparo l'operatore da eventi stressanti, ma comportano gravi

rischi quando compaiono, inevitabilmente, gli imprevisti e le novità (Carpineta, 1992, pp. 60-77)²⁹.

4.5 LA COMUNICAZIONE EFFICACE

La modalità più corretta per stabilire con il malato una relazione efficace anche dal punto di vista terapeutico è caratterizzata dalla relazione d'aiuto, che si basa sull'empatia e i suoi presupposti, e si sviluppa anche attraverso l'accoglienza, l'ascolto e la capacità di stimolare nel paziente una reazione positiva volta a utilizzare le energie ancora possedute per far fronte alla malattia.

4.5.1 LA RELAZIONE D'AIUTO

Centrale al concetto di assistenza infermieristica è il concetto di aiuto. L'assistenza infermieristica, infatti, è essenzialmente una relazione d'aiuto, i cui obiettivi sono quelli di sostenere, assistere, prendersi cura³⁰. Gli infermieri si occupano dell'impatto che la malattia ha sul quotidiano del paziente, più che della patologia di per sé, e della persona con problemi,

²⁹ Ibidem

³⁰ Saiani L., Di Giulio P., *La relazione d'aiuto con il paziente e la famiglia*, Cavazzuti e Cremonini, Assistenza Geriatrica Oggi, CEA, 1999

più che del singolo problema, pertanto devono avere competenze per gestire (o almeno identificare) i problemi fisici e, per alcuni aspetti, anche quelli psicologici e sociali.

Le caratteristiche di una relazione d'aiuto professionale sono: espressione di dedizione - interesse, per tutta la durata della relazione, da parte di chi deve garantire i servizi; possesso di conoscenze e competenze adeguate; rispetto per l'integrità di chi riceve l'assistenza.

Per poter assistere è importante che si realizzino alcune condizioni: il riconoscimento che l'altro è separato da sé; il rispetto per la persona, le sue scelte, azioni e valori; il possesso di conoscenze: un'attività assistenziale comincia infatti con l'identificazione di un bisogno assistenziale e l'attuazione di un intervento per dare una risposta e migliorare, se possibile, la situazione.

Quale tipo d'aiuto si fornisce attraverso una relazione?

Le ricerche dicono che le persone traggono alti livelli di supporto dalle relazioni informali: chi ha relazioni interpersonali in cui è possibile uno scambio/condivisione di sensazioni o esperienze ha livelli più alti di benessere; molte persone percepiscono che questo tipo di sostegno

qualitativo sia molto più importante di quello quantitativo. L'aver il sostegno degli altri, il poter condividere sensazioni, problemi, il riuscire a parlarne ed il supporto emotivo che se ne riceve in cambio riduce l'impatto di situazioni stressanti come la malattia o l'intervento chirurgico.

Durante l'evento malattia, gli operatori sanitari occupano un ruolo di spazi e presenze nella vita del paziente, pertanto devono essere particolarmente esperti per riuscire a fornire anche questo tipo di sostegno in un momento di crisi.

Dalla relazione interpersonale con chi aiuta deriva un guadagno anche terapeutico. Una delle dimensioni su cui probabilmente incide in maniera importante una relazione che sia effettivamente d'aiuto è la stima di sé e, di conseguenza, la percezione da parte del paziente di essere accettato e rispettato. Questa qualità (che è chiamata calore, rispetto, interesse), è collegata in modo positivo anche con l'esito della terapia.

4.5.2 LA RELAZIONE D'AIUTO NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica di per sé è da molti considerata terapeutica (in grado di produrre un cambiamento positivo nel paziente) grazie ai seguenti attributi: reciprocità, intimità e scambio. Questo implica che nella

relazione d'aiuto si mette in comune qualcosa di sé. Aiutare, infatti, significa mettere a disposizione risorse personali per coloro che ne hanno più bisogno: occorre però che chi aiuta sia in grado di identificare chiaramente il bisogno.

Uno degli scopi della reazione con il paziente è quello di aiutarlo a chiarire i propri obiettivi, cercare il modo per trovare le risposte, in base ai ritmi del malato, in accordo con il piano di trattamento medico; anche se non è sempre possibile un cambiamento di condizioni fisiche, risolvere oppure ridurre l'impatto di un problema, aiutare una persona ad usare meglio le proprie risorse, può contribuire ad aumentare il senso di benessere. Gli infermieri sono considerati le persone che hanno più opportunità di conoscere il paziente, pertanto sono nella posizione privilegiata per fornirgli aiuto.

L'aiuto può essere fornito sotto forma d'informazione. La mancanza di comprensione ed informazione rappresentano, infatti, una delle principali fonti di stress. L'obiettivo è quello di fornire informazioni sufficienti per mantenere attese realistiche sulla malattia ed i suoi esiti. L'utilità effettiva o percepita dell'informazione dipende da chi la dà e da com'è data. Il personale medico ed infermieristico è considerato esperto e fonte di

informazioni più credibile dei familiari, probabilmente perché i pazienti si aspettano di essere aiutati, e gli operatori, fonte formale di aiuto, sono nella posizione migliore per farlo.

Se accompagnata a sostegno emotivo, l'informazione viene percepita come più utile: per questo è importante riuscire ad acquisire la capacità di comunicare con il paziente in differenti situazioni, ed imparare a valutarne le conoscenze e le aspettative.

Fornire sostegno emotivo consiste nel favorire la manifestazione di emozioni e sensazioni. L'abilità sta nel creare un ambiente che incoraggi la comunicazione dei processi emotivi, scatenati dall'impatto della malattia, e nel dare al paziente la sensazione di essere ascoltato e compreso. Gli infermieri non hanno le competenze per trattare i disturbi emotivi, ma dovrebbero favorire la loro comunicazione e condivisione e sostenere i pazienti.

Creare quest'ambiente richiede una buona capacità di valutazione delle condizioni del paziente e della situazione e la capacità di raggiungere l'equilibrio tra vari comportamenti: il rimprovero non viene percepito utile, come anche l'intrusione o un coinvolgimento eccessivo. Un elemento importante in qualunque relazione d'aiuto è riuscire a far cambiare l'utente

lasciandogli la convinzione che sia egli stesso l'artefice ed il responsabile del cambiamento: questo ha un effetto positivo sull'autostima del paziente.

Riuscire a stabilire una relazione che sia d'aiuto non é però scontato, perché può essere influenzata da diverse caratteristiche sia dell'operatore sia del paziente: religione, carattere, personalità, razza, motivo del bisogno d'aiuto, influenze sociali.

4.5.3 L'EMPATIA, L'ACCETTAZIONE INCONDIZIONATA E LA CONGRUENZA

E' utile, pertanto, evidenziare alcune condizioni che possono facilitare una relazione: il modello che presento è quello proposto dallo psicologo umanista americano Carl Rogers per una "comunicazione efficace". Più che un esercizio di tecniche, rappresenta uno stile di relazione, un modo di essere caratterizzato da atteggiamenti positivi stabili. Carl Rogers parla³¹ di tre disposizioni fondamentali che ogni persona dovrebbe coltivare in se stessa per relazionarsi con gli altri nel modo più accogliente e favorevole: l'empatia, l'accettazione incondizionata e la congruenza.

³¹ Rogers C.R. *A way of being* Tr. It. Un modo di essere Martinelli, Firenze, 1983, pag. 121

Empatia: significa comprendere profondamente lo stato d'animo di un interlocutore, mantenendo però un distacco emotivo dalla situazione che l'altro sperimenta. Si distingue dalla simpatia, che invece coinvolge anche il livello emotivo. In una relazione d'aiuto il coinvolgimento emotivo danneggia sia chi vuole dare un aiuto (che finirebbe per soccombere al sovraccarico emozionale), sia chi lo richiede, in quanto si vedrebbe ritornare la propria emozione amplificata da quella dell'altro. È per questo che i medici e gli altri operatori sanitari sembrano a volte indifferenti alle sofferenze dei loro pazienti. Si rivestono di una corazza difensiva, non potendo reggere il peso di una professione troppo coinvolgente. Tra un atteggiamento difensivo ed il coinvolgimento emotivo, la giusta via di mezzo è appunto l'empatia che consente di accogliere le istanze dell'altro, senza abbandonarsi con lui nel dolore.

Accettazione incondizionata: è la disposizione interiore che ci libera dai pregiudizi, dalle preferenze e dalle repulsioni e ci consente di accostarci con la stessa disponibilità, accoglienza, sollecitudine, a chiunque, indipendentemente dall'aspetto fisico, dalla cultura, dal ceto sociale, dalla razza o dalla religione.

Congruenza: le due condizioni precedenti non vanno disgiunte dalla nostra coerenza interiore. Mentre ci relazioniamo con gli altri, dobbiamo sempre poterci confrontare con noi stessi, per offrire all'esterno la nostra autenticità. Non è possibile "mostrare" gentilezza ad un barbone e provare ribrezzo dentro di sé. Ciò significa che se si vuole essere di aiuto agli altri, bisogna prima compiere un percorso di trasformazione ed evoluzione personale.

Oltre a questi elementi, che riguardano le modalità di percezione della realtà del malato, Rogers ne identifica un altro, ossia la *sensibilità* dell'operatore nel percepire il modo con cui il malato riceve e considera le sue comunicazioni.

4.5.4 IL PRESUPPOSTO DELL'EMPATIA: DENTRO E FUORI

La finestra costituisce un simbolo importante nella nostra vita, capace di forti possibilità evocative: consente di affacciarci, di sporgerci oltre il chiuso del nostro "io", di guardare, di osservare, di contemplare, di capire. Ma, curiosamente, si può dire che essa rappresenta anche l'immagine del possibile isolamento dalla realtà. Si dice, infatti, "stare alla finestra", per significare l'atteggiamento di chi non riesce o non ha alcuna voglia di

lasciarsi coinvolgere dagli altri e dai problemi. Come se una persona rimanesse calamitata dallo spettacolo del mondo di fuori, senza però sentirsi in alcun modo chiamata in causa, intimamente coinvolta o responsabilizzata. La finestra è per me indispensabile se voglio relazionarmi con l'esterno, con gli altri. Il problema è però anche quello di essere capace di lasciare il davanzale per scendere in strada, o per ritirarmi nel silenzio della coscienza, con animo aperto alla contemplazione e alla meditazione.

Credo che oggi si profili per noi una duplice sfida. Da un lato quella di imparare ad aprire la finestra, perché entri aria, per sentirne l'odore, per ricevere la chiamata all'interrelazione continua, alla solidarietà del villaggio globale e per sapere, al momento giusto, scendere in strada. E dall'altro quella di imparare a chiudere la finestra perché, pur con tutte le migliori intenzioni e predisposizioni, non siamo onnipotenti e non possiamo neanche lasciarci invadere oltre i limiti della tollerabilità umana, a tutela del nostro equilibrio.

E' essenziale che io sappia aprirmi, che sia attento, ricettivo, disponibile. Ma è altrettanto indispensabile che sia capace di chiudere, di fare pausa, di ritirarmi, per riflettere su ciò che ho visto, misurarmi, verificarmi e

rigenerarmi pronto per la prossima apertura e il successivo moto di disponibilità.

Ritengo pertanto necessario considerare l'empatia alla luce di questa funzione: aprire e chiudere, uscire e ritirarsi. E' un moto naturale e vitale, è il movimento del nostro cuore, sistole e diastole.

4.5.5 L'ACCOGLIENZA

Accogliere significa accettare la persona come si presenta nell'incontro; accettarla come essere libero con le sue limitazioni, progressi, problemi personali, con la sua singolarità umana, evitando qualsiasi generalizzazione o classificazione. L'accoglienza ha un primo momento nell'istante stesso in cui si apre il dialogo. Se al primo contatto la situazione emotiva del malato crea difficoltà ad avviare il dialogo, l'unica soluzione idonea a sbloccare l'interlocutore, a ordinare le idee, a uscire da se stesso per confidare qualche suo problema, consiste nel riconoscere tale difficoltà, semplicemente.

Esigenza primaria dell'accoglienza è lasciar libero l'interlocutore a ogni istante del dialogo: nell'iniziarlo, nel continuarlo e nell'interromperlo. È indispensabile inoltre eliminare nell'interlocutore qualunque pressione

esterna legata al nostro ruolo, o alla nostra competenza specifica, affinché la decisione di iniziare il dialogo non venga menomata nella sua libertà.

L'accoglienza rappresenta la prima forma di accettazione e riconoscimento dell'individualità del malato. Bastano gesti semplici ed immediati per evidenziare la disponibilità verso di lui e creare un clima di rispetto: bussare e salutare quando si entra in una stanza, presentarsi ad un malato dicendo il proprio nome ed il ruolo che si ricopre, sedersi accanto al suo letto, ascoltarlo con attenzione, guardarlo negli occhi, sono tutte espressioni dell'interesse e della disponibilità nei suoi confronti. Accogliere vuol dire mettere l'altro a suo agio, riceverlo con gentilezza e cortesia.

4.5.6 L'ASCOLTO

L'ascolto è la pietra d'angolo su cui si basano tutte le risposte generatrici d'aiuto, è una delle "carezze" positive maggiormente apprezzate dalla gente. Infatti, quando una persona si sente ascoltata, ha la calda percezione di essere preso in considerazione e, quindi, di valere agli occhi dell'interlocutore. L'ascolto autentico non è di facile attuazione, è un movimento attraverso cui l'individuo, uscendo da se stesso, riconosce ed afferma l'alterità di chi gli sta di fronte. Tale decentramento del soggetto

implica la capacità di fare silenzio nella propria dimora interiore, sostanziata di bisogni, desideri, stati emotivi. La difficoltà dell'ascolto sta molto spesso in questo: nel momento in cui si vorrebbe ascoltare l'altro che parla, ci sorprendiamo ad ascoltare noi stessi.

Anche nel malato più sfiduciato, chiuso in ostinati silenzi, è difficile che si spenga il bisogno di comunicare la propria sofferenza, di vederla accolta e partecipata. Ascolto, rispetto, solidarietà riescono a sbloccare molte resistenze e a offrire grande sollievo ad una angosciata disperazione.

4.5.7 LA STIMOLAZIONE DELLA REAZIONE

L'ascolto non è fine a se stesso. Esso tende a conoscere le condizioni reali della persona in vista di un intervento attivo sulla persona malata attraverso la comunicazione. Non solo per conoscere le condizioni fisiche o le sue difficoltà psicologiche, ma anche per accertare di quali risorse interiori disponga in termini di accettazione del proprio stato, di capacità di gestione della tensione dovuta alla malattia, di motivazioni positive verso la vita, verso persone care e verso progetti futuri, di visione del mondo e della sofferenza, di apertura all'Assoluto, di credo religioso. Questi aspetti possono costituire il punto di appoggio su cui far leva per stimolare la

persona a raccogliere tutte le sue energie positive per fare un salto di qualità che tenda a reagire allo stato imposto temporaneamente dalla malattia.

Diverso l'esito dell'ascolto verso una persona che non ha possibilità di guarigione, o deve morire. In questi casi la reazione sarà intesa come capacità di accettazione quanto più serena possibile del proprio stato.

In ogni caso lo stimolo alla reazione è una delle attività più importanti e specifiche dell'infermiere verso il malato, data la sua vicinanza quotidiana che gli permette di essere presente molto più di altre figure professionali. Meglio sarebbe se il processo di accettazione – ascolto – appello alla reazione – aiuto efficace fosse svolto da una équipe di assistenza all'interno della quale poter raccogliere le diverse osservazioni, scambiare pareri, valutare più oggettivamente la lettura dei dati raccolti e quindi decidere le modalità più efficaci di intervento comunicativo.

4.6 LE MODALITÀ DI UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

Il ragionamento che descrive i vari aspetti di questo modo di aiutare una persona si articola nelle seguenti proposizioni:

- 1) per aiutare una persona, devo promuovere in lei un apprendimento;
- 2) ogni apprendimento comporta un cambiamento nella persona;
- 3) aiuto qualcuno a crescere quando stimolo in lui un processo che trasformerà gradualmente il suo modo di essere e di pensare, di sentire e di agire.

Il processo di crescita così concepito è retto da alcuni principi psicologici, che scaturiscono dalla psicologia umanista - esistenziale e che ora verranno brevemente esposti. Questo principio vale anche applicato al processo di miglioramento della prestazione professionale assistenziale specifico dell'infermiere, e verrà ripreso più avanti e nelle conclusioni.

A) Il cambiamento richiesto dal processo di crescita è anzitutto opera della persona, inizia sempre da lei. Tale principio evidenzia anzitutto il ruolo determinante delle risorse interne alla persona e afferma la capacità di reagire e di promuovere in sé un processo di miglioramento. Visto in controluce, questo principio porta a ridimensionare il ruolo che possono esercitare i fattori esterni alla persona: le strutture e i regolamenti svolgono una funzione subordinata e secondaria nel promuovere il processo di miglioramento della persona; i modelli proposti valgono nella misura in cui il soggetto li assimila e li sente vicini al proprio mondo interiore; i consigli

diventano operativi solo se si innestano su una disposizione già pronta a percepirli come espressione dello stato d'animo maturato fino a quel momento.

B) È necessario aiutare la persona a prendere sempre più chiara coscienza delle risorse che esistono in lei, delle carenze che la condizionano, dei bisogni legati alla malattia, dei valori a cui aspira e che fondano le motivazioni della sua reazione positiva.

C) La crescita armonica della reazione richiede che venga promosso contemporaneamente lo sviluppo di tutte le funzioni psichiche e spirituali. Occorre evitare di puntare tutto e solo su un solo aspetto: per esempio c'è chi punta tutte le carte sulla volontà o chi si illude di risolvere ogni problema a livello di corteccia cerebrale.

D) Nello stimolare alla reazione è bene che si esiga tutto ciò che la persona può dare in quel momento, cercando di aumentare gradualmente tale richiesta. Il processo di apprendimento inoltre avviene per gradi, i quali presentano una determinata successione che va rispettata sia dalla persona malata sia da chi ha il compito di promuovere tale processo negli altri.

Il dinamismo che viene attivato applicando l'approccio descritto sopra è stato collaudato in diversi ambiti in passato. Da varie indagini si è potuto rilevare che le persone educate in modo autoritaristico presentano comportamenti che né costruttivi né liberi, come: dipendenza infantile prolungata, instabilità negli impegni, incertezza e fragilità nell'affrontare le difficoltà quando viene meno l'appoggio esterno, resistenza ai consigli fino a rifiutarli per principio, aggressività verso il consigliere, facile dimenticanza delle direttive ricevute, atteggiamenti opposti a quelli suggeriti³².

Uno dei principi ispiratori di questo approccio, ancora una volta, è la centralità della persona nella conduzione del colloquio. A livello operativo tale principio si traduce sia nell'atteggiamento non direttivo da usare nel colloquio, sia nel criterio per valutare i vari interventi dell'infermiere.

4.6.1 LA NON DIRETTIVITÀ

La non direttività, come Rogers la intendeva, più che una tecnica è una disposizione interiore che dovrebbe far «parte integrante della filosofia

³² Curran C., *L'entretien non – directif*, Paris, 1967, p. 50

della persona che la applica»³³. Essa richiede di non orientare il colloquio, ma di lasciarlo fluire come la persona desidera; gli richiede di non esprimere giudizi partendo dal proprio quadro dei valori e applicandolo al semplice contenuto oggettivo del racconto; lo consiglia a non porre domande selettive sull'argomento, a non liquidare il caso con valutazioni e consigli risolutivi.

La disposizione migliore che l'infermiere professionista dovrebbe coltivare in sé per intervenire in maniera non direttiva è stata definita *ignoranza creativa*³⁴. Con questo termine l'Autore vuole richiamare l'attenzione su una verità indiscutibile, ma comunemente trascurata perché poco amata: nella conoscenza attenta di ciò che una persona percepisce interiormente, è solo questi l'unico "esperto", mentre chi sta fuori (l'infermiere) non può conoscere (cioè ignora) quel mondo, e potrà gradualmente entrarvi nella misura in cui si lascia guidare dalla persona.

L'atteggiamento più indicato per giungere a questa disposizione è quello di ascoltare in modo 'passivo', o 'recettivo', lasciando cadere le proprie categorie e sensibilità per poter accogliere senza prevenzioni il mondo

³³ Espressione pronunciata da Rogers C. in un'intervista concessa a Mousseau J. nel 1975, cfr *Psicologia contemporanea*, 2, n.7, p.45

³⁴ Saint-Arnaud Y., *La personne humaine*, Ottawa, 1974, pp. 187-189

dell'altro. Per accogliere l'altro dobbiamo dargli tutto lo spazio di cui disponiamo. E questo richiede, in un certo senso, che moriamo a noi stessi per sentire viva in noi la vita dell'altro.

4.6.2 GLI INTERVENTI ADEGUATI E COSTRUTTIVI

È utile a questo riguardo rifarsi al lavoro che R. Carkhuff elaborò a partire dalle teorie di C. Rogers sulla non direttività e sulla centralità della persona in psicoterapia. Tale lavoro fu stilato in un documento reso pubblico nel 1978 e per questo è noto come *'modello '78'*.

4.6.3 LA RIFORMULAZIONE

Questo termine usato da Rogers, equivale al rispondere che si trova nella prima tappa nel *'modello '78'* di R. Carkhuff. Riformulare significa cogliere quanto la persona ha espresso, per ripresentarglielo con chiarezza. Questo tipo di intervento infonde nell'interlocutore la certezza di essere ascoltato seriamente e compreso nel suo intimo. Egli vede che l'infermiere non solo pensa a lui, ma che pensa assieme a lui; ha una prova rassicurante di essere capace di esprimere i propri stati d'animo (sono numerose le persone che sono convinte di non riuscire a comunicare i propri problemi

personali, soprattutto in ambiente ospedaliero); si sente stimolato e invogliato ad affrontare e a chiarire il proprio mondo interiore, incoraggiato da una presenza assidua, benevola e comprensiva.

Oltre a questi notevoli vantaggi in favore della persona malata, la riformulazione serve allo stesso infermiere per verificare, prestando attenzione alle reazioni che gli vengono dall'interlocutore, se sta comprendendo esattamente ciò che l'altro intende dire, ed eventualmente mettersi sulla giusta strada.

4.6.4 LA RISPOSTA CHIARIFICATRICE

Con la riformulazione semplice si giunge a conoscere con sicurezza la situazione in cui la persona si trova e le varie componenti che costituiscono l'aspetto dinamico della stessa. Si potrebbe dire che la riformulazione, nelle sue varie modalità, serve a chiarire i contenuti della situazione, ad illuminare il terreno sul quale si deve operare.

Questa è un'acquisizione indispensabile, ma è necessario compiere un secondo passo e cogliere il *sentimento specifico* che la persona vive in quei momenti, per comunicarglielo in modo che l'interlocutore possa verificare

se lo stato d'animo percepito dall'infermiere corrisponde veramente a quello che sta provando.

L'intervento di massima efficacia che l'infermiere può fare per promuovere l'autoesplorazione, consiste nell'aiutare la persona a prendere coscienza del *nesso causale* che esiste tra i fatti raccontati (situazione oggettiva, o contenuto del racconto) e la reazione emotiva o il sentimento prodotto nel soggetto.

Conoscere le cause che danno origine ai sentimenti dà a questi una spiegazione razionale, e ciò facilita nella persona malata la comprensione delle proprie reazioni interiori, lo aiuta ad affrontarle con chiarezza, dissipa lo stato d'ansia che caratterizza i sentimenti percepiti in modo confuso nel loro dinamismo.

Tale presa di coscienza incoraggia la persona malata ad esplorare sempre più a fondo, facilitando così l'opera dell'infermiere e accelerando il cammino verso una conoscenza più piena di sé in rapporto allo stato di degenza in cui si trova. È in questo momento che l'infermiere può aiutare la persona malata ad accettare, e a reagire positivamente, ove possibile, al proprio stato di salute.

4.6.5 LA PERSONALIZZAZIONE

È frequente il caso di persone che addebitano ad altri o alle circostanze esterne la responsabilità della malattia in cui si trova. L'unico aiuto valido consiste nel promuovere la presa di coscienza di questo meccanismo e nell'incoraggiare il malato ad affrontare in prima persona la situazione, se anche egli avesse una qualche responsabilità, e per impegnarsi a superare la difficoltà in cui egli si trova. Questa azione facilmente provoca nella persona resistenze e fughe. È quindi necessario usare molta delicatezza e prudenza per non offenderla, lasciandole sempre la possibilità di difendersi.

4.6.6 LA PROGRAMMAZIONE E L'IMPEGNO

L'infermiere cercherà di definire con chiarezza la meta verso cui la persona malata intende muoversi e il cammino pratico per raggiungerla. Si tratta di formulare un piano di azione costruttivo, adeguato al suo stato di salute e alle caratteristiche e alla capacità della persona.

È bene che l'infermiere, ove possibile, coinvolga la persona nell'affrontare il decorso della malattia, e nell'impegnarsi a mantenere un adeguato livello di reazione positiva e a non lasciarsi andare.

CAPITOLO 5

IL RICOVERO IN AMBITO CHIRURGICO

5.1 INTRODUZIONE

In questo capitolo inizialmente parlo della persona nella sua accezione di mistero, poi analizzo la peculiarità del paziente chirurgico, le sue reazioni nei confronti della malattia e dell'intervento chirurgico; inoltre mi soffermo a riflettere sul ruolo della mente, del pensiero e quindi della comunicazione in questo contesto.

5.2 IL MISTERO COME IMMAGINE DELLA PERSONA

Il mistero dell'uomo è stato considerato dai filosofi in vario modo, ma, al di là delle differenze, tutti hanno dovuto confrontarsi con la realtà profonda di temi quali il dolore, l'inquietudine, la morte, la ricerca del senso della vita o, in altri termini, col mistero dell'uomo in quanto essere teso tra il finito e l'infinito, tra l'essere e il non essere.

L'uomo è infatti l'essere posto al limite di due mondi³⁵, quello corporeo e quello spirituale. Egli, presente con il suo corpo in un mondo materiale, può percepire la presenza delle cose che lo circondano e toccano la sua esistenza. Come essere spirituale che conosce e comprende, può determinarne il significato.

³⁵ "Anima intellectualis dicitur esse quasi horizon et confinum corporeorum et incorporeorum in quantum est substantia incorporea, corporis tamen forma". San Tommaso, *Summa contra gentiles*, 1. 2, cap. LXVIII

La sproporzione che esiste tra lo sguardo e la parola manifesta bene la divisione tra la sensibilità e la comprensione intellettuale: la parola esprime la verità e l'essere, la sensibilità esprime la prospettiva specifica, indicibile.

Per la riflessione filosofica sorge allora il problema dell'intermediario tra i due mondi. Come e dove si trova la mediazione tra temporalità, corporeità, limite ed eternità, spiritualità e infinità? Le soluzioni escogitate attraverso i secoli sono molte e differenti tra loro; oggi l'antropologia sta compiendo un nuovo passo di avvicinamento al mistero umano. Questo muove verso l'integrazione tra l'approccio classico e quella parte della psicologia nota come *psicologia del profondo* che studia l'area della affettività, dell'emozione e dei sentimenti. "Conosciamo la verità non solo attraverso la ragione, ma anche attraverso il cuore"³⁶. In questo modo l'orizzonte stesso della psicologia umana è esteso alla dimensione ontologica di mistero della persona. Tra le componenti di limite e di infinito, di grandezza e di fragilità, di essere e di non essere che costituiscono la persona come mistero, emerge allora, grazie all'area affettiva, a livello del 'cuore' umano, una mediazione indispensabile e nuova, rispetto alle precedenti di tipo cognitivo e pratico. Questa è anche

³⁶ Pascal B., *Pensees*, a cura di Lafuma L., Paris 1962, n. 110 [282]

l'area dell'inquietudine del cuore umano, teso tra la quiete illusoria del piacere e la quiete non ancora posseduta della felicità.

Parte integrante del processo di mediazione sono le passioni, luogo d'incontro tra il corpo e lo spirito. La 'passione' a cui si fa riferimento è quella senza la quale nulla di grande si può compiere, quella che può orientare ed unire le forze vitali della persona³⁷ in uno slancio di trascendenza in gesti concreti e significativi.

Secondo questo approccio integrato tra antropologia e psicologia del profondo, la persona umana è una unità, frutto dell'interazione tra due protagonisti: il soggetto, che cerca e vuole una cosa secondo la sua libertà, e la spinta della 'universale' umanità (definita anche 'essenziale' o 'comune' umanità), che preme per attuarsi. Questa 'essenziale' umanità è presente in ogni persona, indipendentemente dalla sua volontà, etnia, cultura; anch'essa è la manifestazione del mistero dell'uomo.

Mediante l'analisi di tale componente dell'animo umano, si è pervenuti alla scoperta di alcuni caratteri essenziali propri di ogni persona, tra cui, l'apertura all'assoluto, la tentazione del relativo, l'importanza della libertà

³⁷ Questa osservazione di Imoda è molto importante per il lavoro che l'infermiere può fare con la persona malata in fase di recupero dalla malattia, per esempio dopo un intervento, cercando di stimolarne tutte le energie, magari latenti, ma presenti in essa. Cosa c'è di più grande in una persona malata se non ritrovare la salute!

come risposta a questa tendenza, la presenza costante della connessione trasgressione - colpa, l'individuazione della frustrazione come reazione al mancato avverarsi di false aspettative alimentate da ideali irrealistici (è la dimostrazione in negativo che la natura umana è aperta ai valori e non alle illusioni).

Queste considerazioni dovrebbero essere la base del nostro agire e dei rapporti con gli altri: infatti se si vuole costruire una relazione veramente efficace con il paziente, la predisposizione iniziale e gli atteggiamenti successivi dovranno essere messi in atto senza perdere mai di vista il mistero che ognuno di noi è.

5.3 IL PAZIENTE CHIRURGICO

Quanto segue parte da una visione della persona ricoverata che può essere schematicamente mostrato nella Figura 1. Come si può notare, la persona è rappresentata da due aree parzialmente sovrapposte: la prima contempla il suo passato ed il suo presente sotto il profilo ereditario, genetico, fisico; la seconda ne indica tutti gli aspetti psicologici e spirituali. Quando la persona viene ricoverata in chirurgia, a queste due aree se ne aggiunge una terza: quella specificamente legata alla malattia che ha determinato il ricovero. L'esperienza dice che essa si sovrappone in larga misura con quella relativa agli aspetti fisici, e poco con quella più psicologica e interiore. Tutte le tre aree, credo, concorrono, ciascuna per la sua parte, in modo diretto, specifico e determinante all'esito finale della degenza.

Normalmente la persona ricoverata non è sola: l'area colorata che contorna quella bianca (il paziente) rappresenta il contesto di relazioni e di persone che hanno rapporti con esso: innanzitutto la famiglia, eventualmente i parenti e gli amici con i quali esiste un vincolo rispettivamente di consanguineità, di affetto o di affinità elettiva (per questo sono stati posti vicino alle due aree di destra, ma a diversi livelli).

Accanto all'area di sinistra, sono indicate separatamente l'équipe medica e quella infermieristico - assistenziale, in quanto ricoprono due ruoli differenti: quello medico specialistico concerne la malattia e l'intervento, quello infermieristico - assistenziale si 'cura' più globalmente del malato in quanto persona.

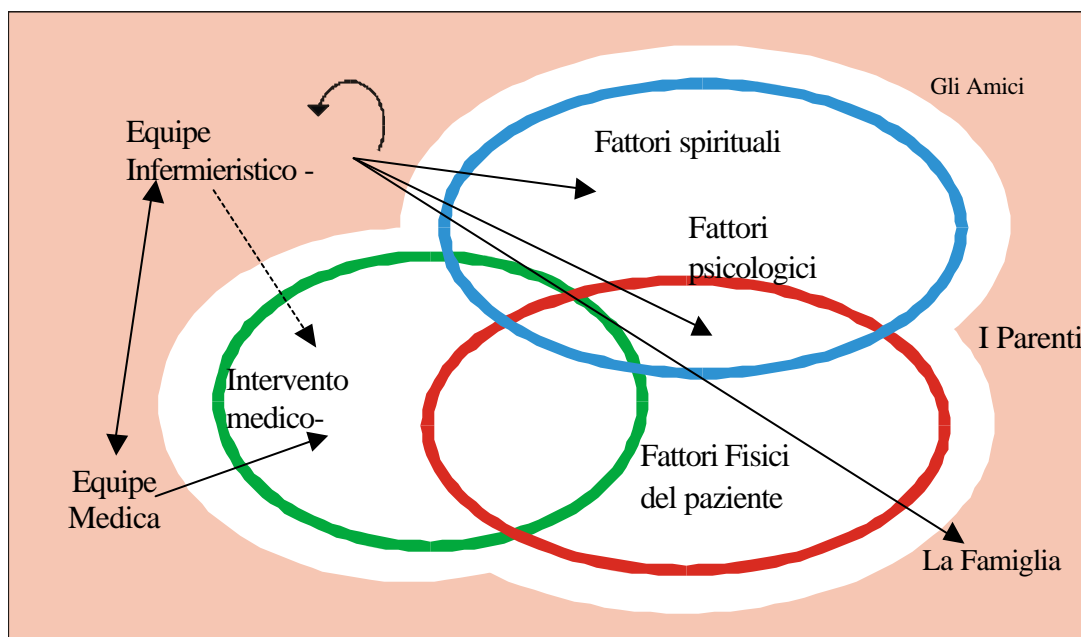


Figura 1 Rappresentazione schematica della persona ricoverata in chirurgia

Questa semplice rappresentazione di una realtà molto più complessa, vuole evidenziare i possibili spazi di azione specifica del personale infermieristico (indicati in figura dalle frecce a tratto continuo): la persona ricoverata, sotto il profilo fisico, psicologico e spirituale, il contesto sociale in cui è inserito, i rapporti con i familiari, i parenti e gli amici. D'altra parte non vanno tralasciati gli aspetti relativi all'assistenza tecnica del ricovero e

dell'intervento, i rapporti professionali con l'équipe medica e quelli all'interno dell'équipe di assistenza infermieristica.

Questi ultimi, pur non essendo oggetto diretto di questo lavoro, sono rilevanti, là dove esista una assistenza infermieristica organizzata *per équipes*, proprio dal punto di vista della comunicazione con la persona - mistero. Infatti dal modello proposto consegue l'importanza di un lavoro d'équipe dove ciascun operatore può riportare tutti i messaggi inviati dal malato e le relative percezioni, ed è aiutato dai colleghi a coglierli e decodificarli al fine di comporre un quadro più obiettivo possibile della situazione in esame, e di rispondere in modo adeguato e corretto ad essa.

Ultima notazione, non per importanza, sulla figura 1 concerne la fascia bianca che contorna le tre aree - persona: vuole indicare l'aspetto di "mistero" di cui si è già fatto cenno. È una fascia alla quale si deve accedere "con rispetto", e che implica gli atteggiamenti corretti da manifestare nei suoi confronti.

Dallo schema si osserva innanzitutto che una visione globale della persona e della sua assistenza comporta, per l'infermiere oltre alle attività specificamente tecniche di propria competenza, due enormi spazi di relazione con la persona malata, in cui può e deve muoversi

autonomamente: quello della corporeità, in cui gioca un ruolo fondamentale la comunicazione non verbale, e quello del rapporto con il mondo interiore del paziente. Il primo campo d'azione è quello che si presta già dal primo incontro ad una comunicativa semplice, immediata, che manifesta accoglienza, attenzione, considerazione, empatia. Il secondo campo richiede tempo, pazienza, ascolto, rispetto. Qui la comunicazione verbale e non verbale si intrecciano continuamente, e la coerenza di comportamento interna ed esterna è fondamentale. Il medico prepara il domani dei suoi pazienti, guarendoli oppure no; l'infermiere vive con loro l'oggi, e in questa quotidianità emerge il suo ruolo e la sua responsabilità specifica.

5.4 IL SIGNIFICATO E LA GESTIONE DELLA MALATTIA

La valutazione della malattia e delle sue possibilità di gestione, si costruiscono attraverso molteplici fattori, tra cui:

- le modalità di insorgenza dei sintomi;
- la gravità e le limitazioni che essi implicano;
- le precedenti esperienze di malattia;
- le convinzioni personali sulla malattia;
- la disponibilità di risorse personali (sicurezza, fiducia, autostima) e

ambientali (sostegno sociale, rapporti affettivi e significativi).

In termini generali, la malattia determina sempre una condizione di profonda crisi sia biologica - per le sofferenze, i disagi, le limitazioni che comporta – sia esistenziale, per le ripercussioni che ha sullo stile di vita, sull'identità, sulla progettualità dell'individuo. Disorienta la propria identità: interrompe e disorganizza l'abituale ritmo di vita, mette in crisi i rapporti con il proprio corpo e con il mondo in cui l'individuo vive, modifica e fa perdere i ruoli professionali e familiari.

Impone la costruzione di nuovi modelli di comportamento e l'elaborazione di una nuova immagine personale. In particolare la malattia

grave è vissuta come imponente minaccia alla integrità biopsichica ed è associata, dal suo primo manifestarsi, ad un inquietante messaggio di morte. La percezione della morte, anche se con fenomeni clinici diversi, colora ogni momento dell'iter evolutivo della malattia: la diagnosi, la terapia, l'intervento chirurgico, la fase terminale.

Più di ogni altra malattia a prognosi infausta, la diagnosi di un tumore maligno suscita sentimenti di angoscia, dolore, isolamento e morte. È associata a fantasia e immagini di sofferenza prolungata, di dolore totale ed incoercibile ed è comunque vissuta come una sentenza di morte.

L'idea della irreversibilità della malattia e la consapevolezza dell'approssimarsi della morte, rappresentano già un pericolo da cui è necessario difendersi. Ed a questo proposito vengono utilizzate tante strategie mentali per non sconvolgere l'individuo.

Per comprendere le modalità che il malato usa per evitare la consapevolezza piena della sua condizione, è utile soffermarsi brevemente sui processi utilizzati per elaborare le informazioni percettive.

Innanzitutto va chiarito che nel corso della vita gran parte dei dati percettivi sono esclusi da ulteriori elaborazioni consapevoli, per evitare un

sovraccarico, per l'individuo, e una costante distrazione della sua attenzione.

La consapevolezza, inoltre, va intesa come un continuum, piuttosto che come una dicotomia che separa l'esperienza conscia da quella inconscia, ed è caratterizzata da vari livelli di elaborazione. Nel caso di valutazioni minacciose per l'equilibrio personale, come è la paura della morte, l'individuo potrà gestire l'informazione in modo automatico e inconsapevole, graduando la consapevolezza della sua condizione attraverso una esclusione, parziale o completa, dei dati incriminati.

- Alcuni individui, che hanno costruito l'identità personale su convinzioni di particolare vulnerabilità e incapacità a gestire forti emozioni, tenderanno ad escludere completamente tutti quei dati percettivi che evocano l'idea della malattia grave (sarà negato il significato degli esami strumentali o delle terapie specifiche dello stesso reparto di degenza..). questo spiega perché anche persone con appropriate conoscenze scientifiche, possono, nel caso in cui la malattia li riguarda direttamente, “non capire” completamente l'esperienza che stanno vivendo.

- R. Buckman riferisce, a questo proposito, un episodio particolarmente significativo:

“Un famoso medico fu ricoverato nel suo stesso ospedale per un intervento esplorativo. Si scoprì che aveva un tumore incurabile al pancreas allo stadio avanzato. La diagnosi gli fu comunicata dal chirurgo alcuni giorni dopo l’operazione, ma ogni giorno si rivolgeva al chirurgo con la stessa domanda:” cosa hai scoperto con l’intervento?” il chirurgo che conosceva bene il paziente come collega ed amico rispondeva: “ho trovato un tumore al pancreas te l’ho detto ieri”. Ci vollero circa due settimane prima che il paziente scoprisse che ricordava la diagnosi”.

- In altri individui, si può osservare l’esclusione della paura dai processi di elaborazione superiore, riscontrando però l’influenza delle risposte vegetative e/o emozionali.

Un paziente può, per esempio, sentirsi completamente calmo e parlare della sua malattia con un adeguato controllo, e contemporaneamente lamentare un aumento della sua sintomatologia fisica; un altro può sentirsi inquieto ed ansioso, senza riuscire però ad individuare le ragioni della sua paura.

- In altre situazioni, la paura può raggiungere uno stadio più complesso di elaborazione, ma per controllare l’impatto emozionale vengono costruite strategie comportamentali del tutto particolari. In questo caso, per esempio,

il paziente può focalizzare la sua paura su circostanze poco significative, o credere di essere preoccupato per problemi dei suoi familiari.

Alcuni possono limitare la loro comunicazione a inezie e banalità, e cercare di distrarsi per non pensare e non riflettere sulla realtà della propria condizione.

In generale l'esclusione selettiva è un processo di adattamento che permette di attutire e mitigare l'impatto violento di informazioni minacciose. Ci sono ampie variazioni nella durata e nel grado di questo comportamento; peraltro, se tale esclusione perdura nel tempo, può rivelarsi disadattiva.

Un esempio può essere rappresentato dal ritardo diagnostico, ove la scoperta dei sintomi non è seguita dalla conseguente consultazione. In questo caso, l'esclusione dalla coscienza del significato angosciante attribuito al sintomo, non permette di sollecitare le risposte emozionali specifiche, come l'ansia, né predisporre comportamenti relativi alla presa in carico del problema.

5.5 LA PAURA E LE SUE MANIFESTAZIONI

Tutto l'iter diagnostico può essere accompagnato da previsioni e timori, sensazioni che qualcosa di particolarmente grave possa accadere. La paura, più che una reazione emotiva, rappresenta la presa di coscienza del pericolo, la previsione ed il riconoscimento dell'approssimarsi della morte.

Tipico della paura è l'orientamento verso il futuro, nel senso che le conseguenze, rappresentate a livello mentale, non sono ancora accadute, ma hanno grandi probabilità di verificarsi. Ne deriva che la reazione di paura è intrinsecamente permeata di speranza, cioè implica una attesa fiduciosa che le previsioni drammatiche possano anche non realizzarsi. È proprio questo ingrediente che può essere utilizzato, non tanto per costruire fantasie irrealistiche, quanto per motivare il paziente a polarizzarsi su nuove motivazioni e accettare programmi e terapie penose e stressanti.

Si possono avere:

- paure legate alle conseguenze della malattia: debilitazione, sofferenza, dolore, perdita di autonomia, solitudine, isolamento, ignoto, morte...
- paure per le persone che si lasciano e i progetti che si abbandonano: separazioni, perdite, responsabilità.

M. Parker ha riscontrato che le paure più frequenti sono:

- paura di separarsi dalle persone amate (38%): è la prima a manifestarsi allorché viene richiesto il ricovero in ospedale. Se il paziente ha il coraggio di confrontarsi con la morte, la paura si trasforma in dolore, che può essere mitigato se si mostra agli altri;

- paura di dipendere dagli altri, di perdere il controllo delle facoltà fisiche, di dover essere accuditi (23%): si osserva frequentemente in persone autonome e sicure che nel corso della loro vita hanno preferito occuparsi di altri piuttosto che essere accuditi. È importante rispettare la loro indipendenza, evitando atteggiamenti troppo protettivi;

- paura di lasciare il coniuge o i bambini che dipendono da loro (20%): per le madri, in particolare, è difficile credere che i propri figli potrebbero sopravvivere senza di loro. È opportuno per la famiglia affrontare immediatamente questo timore e tentare di trovare delle soluzioni che “tranquillizzano”, piuttosto che rimandare la decisione;

- paura di fallire nel portare a termine un programma o un dovere importante (10%): per alcuni è difficile accettare che le proprie speranze possano morire. In questi casi la rabbia è l'emozione più frequente;

- paura del dolore o di eventuali mutilazioni (7%).

La reazione di paura si può manifestare anche attraverso l'ansia, il panico, lo shock e la collera.

L'*ansia* è uno stato d'animo di tensione e agitazione; definisce un continuum di sensazioni che vanno dalla tensione al panico, allo shock..

Entro certi livelli di intensità ha una funzione positiva, infatti, distoglie l'attenzione dell'individuo da altre preoccupazioni, accelera le reazioni e accresce il senso di emergenza, tanto da permettere alla persona di adoperarsi per la ricerca di soluzioni.

Più che un processo emozionale patologico rappresenta l'espressione indispensabile, si potrebbe definire fisiologica, del senso di minaccia rappresentato a livello cognitivo dalla paura.

Può essere paragonata alla febbre o all'esperienza del dolore, espressioni di un processo infettivo sottostante. Pertanto, con opportune terapie farmacologiche, si può ridurre l'emozione dell'ansia, ma non si può eliminare la paura che il malato prova per la sua condizione.

L'ansia può manifestarsi con sintomi di varia natura:

~~Le~~ fisiologici: vertigini, sudorazione, tremori, tachicardia, dolori, difficoltà respiratorie, agitazione, tensione, debolezza;

~~Le~~ sensoriali - percettivi: senso di irrealtà, ipervigilanza, stordimento;

~~Le~~ difficoltà di pensiero: confusione, amnesie per informazioni importanti, distraibilità, difficoltà di concentrazione, difficoltà nel ragionamento, blocco mentale

Condizioni di incertezza e circostanze indefinite agiscono amplificando l'intensità emozionale, perché la mancanza di elementi su cui costruire previsioni ed aspettative aumenta il senso di incapacità personale e di insicurezza e di conseguenza la sensazione di pericolo.

Per questo motivo è importante illustrare al malato ed ai suoi familiari, con la massima chiarezza, lo scopo, gli effetti dei trattamenti e degli stessi accertamenti diagnostici. L'informare sulle procedure, i tempi necessari, le modalità risparmia al malato ansie inutili e favorisce reazioni più positive ed atteggiamenti collaborativi.

Il *panico* è caratterizzato da stati di ansia acuta e intensa, accompagnati da un senso di catastrofe imminente. Se l'angoscia è tale da invadere completamente il senso globale dell'identità, possono essere attivate risposte "primarie", che fronteggiano in modo immediato l'angoscia (blocco mentale, svenimento, senso di impotenza).

Lo *shock* si manifesta attraverso la sensazione di essere incapaci di pensare ed agire; si è travolti da un senso di impotenza e paralisi, che distoglie l'attenzione dai contenuti mentali di paura e spinge l'individuo a ricercare l'aiuto, la vicinanza e il sostegno di figure rassicuranti.

Questo comportamento, frequentemente definito "*regressione*", è tipico delle condizioni di malattia. La richiesta di aiuto è comprensibile nella condizione di insicurezza personale, associata alla malattia, come strategia di gestione per tamponare i sentimenti di inadeguatezza e vulnerabilità personale.

In conclusione, il primo impatto con la malattia può essere caratterizzato da tensione ed apprensione, alterati ad una innaturale calma apparente che può essere infranta da violenti attacchi di panico. Questa condizione può durare qualche settimana o perdurare fino alla morte, se c'è una grande difficoltà a concepire la malattia e la morte stessa.

Via via che aumenta la consapevolezza, anche se in modo intermittente, si manifesta una maggiore irrequietezza motoria e il paziente può apparire molto agitato.

Nel malato si determina una condizione di tacita ambivalenza caratterizzata, da una parte dall'incredulità nei confronti della realtà, dall'altra nasce la speranza illusoria che tutto torni come prima. Una caratteristica emozionale specifica di questa rappresentazione è la collera, che per alcuni pazienti ha l'aspetto di una irritabilità e amarezza generale.

In molti sembra invece orientata verso i "soccorritori": i medici, gli infermieri, i parenti, perché ritenuti responsabili delle sofferenze patite.

La presenza di questa emozione indica che il processo di adattamento alla malattia è ancora parziale, e la collera può svilupparsi perché l'attenzione è spostata sulle persone ritenute responsabili, piuttosto che sui contenuti della propria paura. Collera e risentimento rappresentano una componente comprensibile dello sforzo, anche se irrealistico, di negarsi la realtà della propria tragedia e di ripristinare le condizioni preesistenti.

Si può ipotizzare che la collera sia vissuta più frequentemente da parte di individui che hanno costruito la propria immagine attraverso principi di autonomia, indipendenza, intraprendenza e forza. In questo caso l'ira rappresenta anche una modalità per negare l'immagine di passività e dipendenza che la malattia evoca. La sua intensità è proporzionale al grado di ingiustizia con cui la malattia viene vissuta: nel caso di pazienti giovani,

la malattia si frappone alla realizzazione di sé e dei progetti per cui si è speso gran parte dei propri sogni. La collera è così una reazione comprensibile nel disperato tentativo di “combattere” l’inevitabilità della morte.

5.6 LA DIMENSIONE DELLA PERDITA

Quando la malattia incomincia ad intaccare più pesantemente la qualità di vita, la speranza svanisce e l’incredulità può essere interrotta da eccessi di acuta sofferenza e disperazione. Le precedenti paure si trasformano nell’amara e dolorosa consapevolezza della “perdita”: la perdita inevitabile delle persone amate, dei beni più preziosi che hanno guidato la vita.

Il futuro appare vuoto ed inesistente; ogni sforzo diviene inutile e troppo faticoso in mancanza di mete ed obiettivi da raggiungere.

Il paziente si rammarica per avere perso ogni fonte di soddisfazione: la salute, l’autonomia, il lavoro, le responsabilità familiari, gli affetti. Progressivamente può perdere ogni motivazione e ogni attaccamento all’esistenza: la malattia e la sua irreversibilità sembrano vanificare ogni tentativo di prolungare la vita stessa ed il paziente può essere sopraffatto dalla più cupa disperazione.

In questa condizione, il malato può manifestare il desiderio di interrompere ogni trattamento e può considerare l'idea del suicidio, inteso come espressione della liberazione da una vita invivibile.

Paradossalmente, il desiderio di morte può facilitare e riaprire la comunicazione con chi è deputato ad assisterlo, se si riescono ad interpretare in tal senso i messaggi indiretti che egli manifesta: il silenzio ostinato, la resistenza passiva alle terapie, la mancanza di reazione.

Ulteriore trasformazione delle precedenti paure è la depressione, che può assumere forme differenti:

- uno stato emotivo spiacevole, che va dalla tristezza, alla disperazione, all'apatia;
- un mutato atteggiamento nei confronti della vita. Si può sviluppare un senso di fallimento personale associato a sensi di colpa, di punizione o di autoaccusa;
- sintomi somatici tipici: dolori diffusi o localizzati, anoressia, disturbi del sonno possono interferire ed amplificare la sintomatologia fisica associata alla malattia;
- sentimenti di profonda solitudine.

A maggiore ragione è possibile far recuperare il senso della propria vita e del proprio morire, dimostrando al paziente terminale, attraverso la cura e l'interesse per il suo benessere e la sua persona, che non ha perso importanza per noi.

Una adeguata vicinanza in questa fase può favorire al malato la possibilità di “pacificarsi” con i suoi ricordi e la memoria della sua vita, distaccandosi più facilmente dall'esistenza.

“c'è un periodo in cui il malato annulla tutti gli apporti esterni, comincia a distaccarsi, diventa molto introspettivo, cerca di ricordare eventi e persone che sono stati importanti per lui, e rielabora ancora una volta la propria vita passata, forse in un tentativo di riassumerne il valore e cercarne il significato”³⁸.

Progressivamente il malato può arrivare ad adattarsi all'imminenza della morte: “ non è una fase felice, ma un vuoto dei sentimenti, il riposo finale prima del lungo viaggio”³⁹.

³⁸ Foschino Barbaro M. G., *Problematiche psicologiche e relazionali*, da “L'infermiere e il malato grave”, a cura di D'Alessandro V., Edizioni Camilliane, Capitolo 1

³⁹ Ibidem

5.7 LA COMUNICAZIONE E LA FAMIGLIA DEL MALATO

Come riporta Bowen, la famiglia ⁴⁰ non è semplicemente la somma degli individui che la compongono, ma un organismo con un funzionamento proprio e particolare tanto da poterlo definire una creatura strana. Questa creatura funziona in maniera unitaria, come se fosse un corpo unico, in cui le parti risentono di tutto ciò che succede alle altre. Se occorre un incidente ad un dito della mano, viene compromesso il funzionamento di tutta la mano e può accadere che anche il nostro umore si alteri.

Tutti i membri che compongono una famiglia si influenzano e si condizionano reciprocamente, in un rapporto di interdipendenza, creando reazioni a catena. Si dice anche che i membri di una famiglia sono tanto più indifferenziati quanto più sono dipendenti l'uno dall'altro. Al contrario, i membri di una famiglia sono tanto più autonomi e liberi quanto più sono differenziati.

Ogni famiglia, poiché è un insieme unitario, è dotata di una sua **omeostasi**⁴¹, termine introdotto da W. B. Cannon per indicare la tendenza dell'organismo a mantenere il proprio equilibrio e a conservare le proprie

⁴⁰ Bowen M. *Dalla famiglia all'individuo*. Astrolabio - Ubaldini, Roma, 1979

⁴¹ Jackson Don D., *Family Interaction, Family Homeostasis*, in *Individual and Familial Dynamics*, a cura di Jules Masserman, New York, 1959

caratteristiche morfologiche e fisiologiche contro gli squilibri che possono essere determinati da variazioni interne ed esterne che, qualora non venissero compensati, comporterebbero la disintegrazione dell'organismo stesso.

La conseguenza di ciò è che ogni cambiamento all'interno della famiglia minaccia la sua omeostasi e pertanto tutti i membri si adopereranno per ristabilire il vecchio equilibrio.

Il modo in cui si cerca di ottenere questo obiettivo determina lo stato di salute della famiglia: la condizione di salute è rappresentata dalla flessibilità, cioè dalla sua capacità di adattarsi ai cambiamenti.

La malattia per la famiglia, intesa come sistema, ha un duplice significato:

1. Un evento nuovo stressante, che sconvolge l'omeostasi familiare
2. Un tentativo di ristabilire l'omeostasi

Considerando il primo aspetto e cioè la rottura di un equilibrio costituito, i cambiamenti più importanti prodotti da una malattia grave sono:

- Il passaggio dall'indipendenza alla dipendenza: la persona malata si trasforma in soggetto dipendente;

- Sconvolgimento delle regole, del funzionamento, dei ritmi e delle priorità nella vita quotidiana;
- Possibili difficoltà economiche indotte dalla malattia: costi di eventuali ricoveri, esami, cure, etc.;
- Cambio dei ruoli : la persona malata può avere avuto un ruolo dominante in famiglia, mentre ora la malattia cambia la sua posizione costringendo gli altri membri a trovare un altro centro di riferimento;
- Perdita del ruolo sociale o professionale del soggetto: la famiglia perde i privilegi legati ad essi.

Per quanto concerne il secondo aspetto la malattia può rappresentare una funzione omeostatica, ricollocando, ad esempio, nel suo ambito uno dei membri che, soffrendo una situazione di disagio, intendeva allontanarsi.

Nella famiglia che ha più capacità di affrontare la malattia, la comunicazione migliora poiché il membro sano manifesterà il suo sostegno con un maggiore apporto di calore e con la diminuzione di eventuali atteggiamenti di ostilità. Sarà presente anche una capacità di esprimere i propri sentimenti, di affrontare insieme le difficoltà e uno scambio

comunicativo più ricco. Il sociale sarà maggiormente presente attraverso le figure di parenti, amici, strutture sanitarie, associazioni di volontariato, etc.

Nella famiglia meno dotata di questa capacità vi sarà invece la tendenza a non parlare della malattia, a negare, ad escludere un supporto sociale, a ghettizzare la persona malata nel tentativo di difenderla dalla dolorosa consapevolezza della sua condizione; si potranno così sviluppare forme distorte di comunicazione, che hanno l'effetto di ampliare ed intensificare l'angoscia, la sofferenza e il senso di solitudine, sia nel paziente che negli stessi familiari.

Un esempio, abbastanza tipico, di interazione contraddittoria e confusa è stata definita "cospirazione del silenzio" nel senso che, anziché parlarsi in modo leale, in un clima di comprensione e vicinanza, il familiare evita ogni riferimento alla realtà della malattia.

Questa situazione apre un baratro di sfiducia e di estraneità nel momento in cui sarebbe più opportuno comunicare in modo aperto e chiaro i sentimenti reciproci, anche a causa del fatto che questi influenzano i comportamenti dell'intera famiglia.

È proprio questa influenza reciproca che obbliga gli operatori a promuovere un ulteriore salto a livello concettuale: non basta recuperare il malato come persona “intera”, ma è necessario estendere il nucleo dell’assistenza a tutto il sistema familiare inteso come unità inscindibile.

“la famiglia, incluso il paziente, rappresenta l’unità essenziale di cura; il fatto che sia il paziente a richiedere il nostro aiuto non deve autorizzarci ad ignorare il resto della unità sociale che è stata invasa dal cancro...è un obbligo, per noi, cercare di aiutare il familiare ed il morente a fare l’uso migliore del tempo che rimane... il periodo di cure terminali può essere un periodo di crescita e preparazione reciproca oppure di fallimento e distruzione”⁴².

Vi è una varietà di interventi per aiutare la famiglia a gestire al meglio la persona malata, tra cui la possibilità di renderla partecipe nella pianificazione e nella gestione dell’assistenza, supportarla nei necessari cambiamenti nello stile di vita, ma stimolarla a continuare a svolgere quelle attività che i vari membri ritengono più importanti per loro.

⁴² Ibidem

Non da ultimo l'infermiere dedica il tempo necessario per ascoltare i membri della famiglia allorché esprimono le loro frustrazioni e preoccupazioni per il loro congiunto che soffre.

5.8 L'INFLUENZA DELLA MENTE SUL CORPO

Queste considerazioni, accanto ad altri fattori culturali e sociali, condizionano l'atteggiamento del paziente nei confronti delle terapie e dei trattamenti proposti: favorendo ora la rassegnazione, la rinuncia, la sfida o il vissuto della morte già durante la vita. Le recenti indagini di psicoimmunologia sostengono che le convinzioni cognitive e le emozioni giocano un ruolo centrale nell'eziologia e nel decorso della malattia oncologica: amplificano e intensificano la sintomatologia fisica e influenzano la durata della vita stessa.

Infatti, nel mondo del malato le emozioni regnano sovrane; la paura è lì, a un passo⁴³. La sua grande fragilità emotiva dipende dal fatto che il nostro benessere mentale si basa in parte sull'illusione di essere invulnerabili.

La malattia – soprattutto se grave – manda in pezzi quest'illusione, sferrando un duro attacco alla nostra rassicurante convinzione di un mondo

⁴³ Goleman D., *L'intelligenza emotiva*, BURRA Saggi, 1999

tutto nostro, protetto e sicuro. Improvvisamente ci sentiamo deboli, impotenti e vulnerabili.

Il problema si presenta quando gli operatori sanitari ignorano le reazioni emotive dei pazienti, pur prendendosi cura delle loro condizioni fisiche. Questa indifferenza verso la realtà emozionale della malattia ignora i dati, sempre più numerosi, che dimostrano come lo stato emotivo possa avere a volte un ruolo significativo nella vulnerabilità dell'individuo, nei confronti della malattia e nel decorso della convalescenza. Troppo spesso l'assistenza sanitaria moderna manca di intelligenza emotiva.

Per il paziente, ogni interazione con un infermiere può rappresentare un'occasione per ricevere informazioni rassicuranti, conforto e sollievo – oppure, se lo scambio è gestito in modo infelice, può tradursi in un invito alla disperazione. Ma troppo spesso gli infermieri sono frettolosi o indifferenti al disagio e alla sofferenza dei pazienti. Sicuramente, ci sono fra loro persone compassionevoli che trovano il tempo di rassicurare e informare oltre a quello di somministrare medicine. Ma la tendenza corrente sembra portare a un universo professionale nel quale il personale sanitario sia del tutto ignaro della vulnerabilità dei pazienti, o comunque troppo sotto pressione per occuparsene.

Al di là delle argomentazioni umanitarie affinché gli operatori offrano attenzioni e non solo cure, altre ragioni convincenti inducono a considerare la realtà psicologica e sociale dei pazienti non separatamente, ma come un elemento del quadro di interesse medico. Oggi si può dimostrare scientificamente che curando lo stato emotivo degli individui insieme alla loro condizione fisica è possibile ritagliare un margine di efficacia in termini medici, sia a livello di prevenzione che di trattamento. Naturalmente questo non vale in ogni caso o per qualsiasi condizione. Tuttavia, l'analisi dei dati raccolti in centinaia e centinaia di casi, dimostra come in media si riscontrino – in termini medici – miglioramenti sufficienti per ritenere che l'intervento a livello emotivo debba costituire, nelle malattie gravi, una normale componente dell'assistenza medica.

Storicamente, nella società moderna la medicina ha identificato la sua missione nella cura della patologia – il disturbo fisico- trascurando l'esperienza della malattia – l'esperienza umana. I pazienti, facendo proprio questo approccio al problema, contribuiscono anch'essi a ignorare le proprie reazioni emotive alla malattia o a liquidarle come irrilevanti ai fini del suo decorso. Questo atteggiamento è rinforzato da un modello

medico contrario completamente all'idea che la mente possa influenzare il corpo in modo consequenziale.

All'altro estremo, tuttavia, troviamo una scuola di pensiero ugualmente sterile: mi riferisco al concetto che gli individui possano curarsi da soli anche le più temibili malattie, semplicemente imponendosi di essere allegri o alimentando pensieri positivi; oppure che essi siano in qualche modo responsabili del fatto di essere ammalati. Il risultato di questa retorica, secondo la quale "l'atteggiamento mentale cura qualunque malattia", è stato quello di creare una grande confusione e molti fraintendimenti sull'entità dell'influenza che la mente può esercitare sulla malattia; inoltre tale posizione ha a volte generato nei pazienti sensi di colpa riguardo alla loro malattia, come se il cattivo stato di salute fosse un segno di sbandamento morale o di indegnità spirituale.

La verità si trova in qualche punto fra questi due estremi.

I momenti nei quali i pazienti affrontano interventi chirurgici o esami invasivi e dolorosi sono sempre temuti con angoscia – e sono un'occasione fondamentale per trattare la dimensione emozionale. Alcuni ospedali hanno sviluppato programmi di addestramento preoperatorio rivolto ai pazienti, in modo da aiutarli a lenire le loro paure e a gestire il proprio disagio – ad

esempio insegnando loro tecniche di rilassamento, rispondendo alle loro domande prima dell'intervento e dicendo loro con diversi giorni d'anticipo e in termini chiari quello che probabilmente proveranno durante la convalescenza. Il risultato di questi interventi è che i tempi di recupero postoperatori si accorciano di due o tre giorni.

Il ricovero può essere un'esperienza di grande solitudine e impotenza. Alcuni ospedali, però, hanno cominciato a progettare le camere per la degenza in modo che i famigliari possano stare con i pazienti, cucinando per loro e accudendoli come se fossero a casa.

Le tecniche di rilassamento possono aiutare i pazienti a superare parte della sofferenza derivante dalla loro sintomatologia, come pure a gestire le emozioni che probabilmente la stimolano o la acuiscono. Alcuni centri offrono ai pazienti corsi di meditazione e yoga con l'obiettivo di riuscire a essere presenti a se stessi e consapevoli degli episodi emotivi nel loro svolgersi e di coltivare un esercizio quotidiano che generi uno stato di profondo rilassamento, l'opposto fisiologico di quello stato di attivazione indotto dallo stress che contribuisce a una gamma tanto vasta di disturbi.

Inoltre il fatto di avere medici e infermieri empatici, in sintonia con i pazienti, capaci di ascoltarli e di farsi ascoltare sviluppa un'assistenza

centrata sulla relazione, che rende il rapporto con il paziente un fattore significativo.

Le reazioni alla malattia e alla necessità di intervento chirurgico come la collera, l'ansia e la depressione, quando sono croniche, possono rendere l'organismo più suscettibile a tutta una serie di malattie. E sebbene forse la depressione non renda gli individui più vulnerabili, sembra però ostacolare la guarigione e aumentare il rischio di morte, soprattutto nel caso dei pazienti più fragili affetti da gravi patologie.

Ma se è vero che, nelle sue molteplici forme, uno stato cronico di sofferenza psicologica è tossico, è vero anche che, fino a un certo punto, le emozioni opposte possono avere un effetto tonificante. Questo non significa assolutamente che l'emozione positiva abbia un valore terapeutico, o che una semplice risata o la felicità da sola cambieranno il decorso di una grave malattia. Il vantaggio delle emozioni positive sembra quasi impercettibile; tuttavia, se si fa riferimento a studi effettuati su moltissimi soggetti, è possibile isolarlo dalla massa di complesse variabili che influenzano il decorso della malattia.

Come nel caso della depressione, anche il pessimismo impone il suo pedaggio in termini di salute fisica, mentre l'ottimismo ha un effetto

benefico. In uno studio venne valutato il livello di ottimismo o pessimismo di 122 uomini, sopravvissuti a un primo attacco di cuore. La loro predisposizione mentale fu rivelatrice della loro possibilità di sopravvivere più di qualunque altro fattore di rischio, compresa l'estensione della lesione subita durante il primo infarto, il grado di ostruzione delle arterie, il livello di colesterolo ematico e la pressione arteriosa. E in un'altra ricerca, rispetto ai pazienti più pessimisti, quelli più ottimisti che affrontavano lo stesso intervento di by - pass coronarico, ebbero una convalescenza molto più rapida e con minor complicazioni sia durante che dopo l'intervento⁴⁴.

La speranza, come l'ottimismo, ha anch'essa un potere risanatore. Comprensibilmente, gli individui pieni di speranza sopportano meglio le situazioni difficili, comprese quelle di ordine medico.

Il fatto che un atteggiamento mentale ottimista o pessimista abbia conseguenze sulla salute si presta a moltissime spiegazioni. Una teoria sostiene che il pessimismo porti alla depressione, la quale a sua volta interferisce con la resistenza del sistema immunitario ai tumori e alle infezioni. Oppure potrebbe darsi che gli individui pessimisti tendano a trascurarsi: alcuni studi hanno evidenziato che, rispetto agli ottimisti, questi

⁴⁴ Peterson C. et al., *Learned Helplessness : A Theory for the Age of Personal Control*, New York, Oxford University Press, 1993, in "L' intelligenza emotiva", Goleman D.

soggetti fumano e bevono di più, fanno meno attività fisica, e sono generalmente molto meno attenti per quanto riguarda abitudini che potrebbero avere ripercussioni sulla salute.

Dai risultati scientifici emergono due considerazioni:

1) innanzitutto aiutare gli individui a gestire meglio i sentimenti negativi (collera, ansia, depressione, pessimismo, solitudine) costituisce una forma di prevenzione. Poiché i dati dimostrano che la tossicità di queste emozioni, quando sono croniche, è pari a quella del fumo di sigaretta, aiutare le persone a gestirle meglio potrebbe comportare un vantaggio simile a quello che si otterrebbe se un forte fumatore si liberasse del suo vizio;

2) poi molti pazienti possono trarre un beneficio misurabile quando le loro esigenze psicologiche sono oggetto di cura insieme a quelle strettamente fisiche.

D'altra parte, non bisogna dimenticare che una medicina più umana potrebbe portare anche un vantaggio in termini di profitto: i primi dati raccolti indicano che la cura delle sofferenze psicologiche dei pazienti può aiutare a risparmiare denaro, soprattutto in quanto evita o ritarda

l'insorgere di una malattia o aiuta i pazienti a guarire più rapidamente. In un studio su pazienti anziani con frattura dell'anca condotto in due ospedali di New York, quelli che oltre alle normali cure ortopediche ricevevano anche una terapia contro la depressione, lasciavano l'ospedale mediamente due giorni prima; il risparmio totale, moltiplicato per i circa cento pazienti dello studio, ammontava a 97361 dollari di spese sanitarie.

Con un'assistenza di questo tipo, inoltre, i pazienti sono più soddisfatti del personale e delle cure. Nell'emergente mercato sanitario, in cui i pazienti possono spesso scegliere la loro cura fra varie alternative, il livello di soddisfazione entra senza dubbio a far parte dell'equazione che determina queste decisioni molto personali: le esperienze spiacevoli indurranno i pazienti a cercare in futuro assistenza altrove, mentre quelle positive si tradurranno in una conferma della fiducia.

5.9 LA COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA CON LA PERSONA RICOVERATA IN AMBITO CHIRURGICO

Il tempo della malattia può distinguersi in tre fasi: quella acuta, quella della cronicità e quella della fase avanzata, ognuna delle quali richiede modalità diversificate di trattamento. Nella fase acuta l'insorgenza improvvisa, lo stato di prostrazione intenso del paziente, la sensazione di tempo limitato, il pericolo di vita imminente, la necessità di sollievo dall'eventuale dolore, richiedono trattamenti tempestivi basati frequentemente su procedure e protocolli consolidati.

La malattia cronica è spesso silente e/o a lenta progressione, accompagnata da processi d'invecchiamento o di deterioramento, influenzata da diverse variabili biologiche, psicologiche e sociali che non sempre si colgono con un approccio diagnostico clinico, e che spesso non trovano nella terapia una risoluzione appropriata.

La percezione di sé, il senso di identità vengono aggrediti dalle alterazioni del fisico e dai suoi deficit funzionali; l'emotività viene messa alla prova, la legittimazione/accettazione da parte degli altri può essere difficile. La gestione della malattia cronica richiede interazioni e competenze complesse; in particolare, dal punto di vista professionale,

esige capacità di rilevare e monitorare nel tempo i bisogni dell'utente e del suo nucleo di riferimento e contemporaneamente capacità di sostegno adeguato.

Nella fase avanzata della malattia, la percezione di brevità della vita, l'aumento della sintomatologia, le difficoltà persistenti aggravate da episodi acuti, la difficoltà ad adattarsi, a gestire l'emotività, il dolore totale, determinano bisogni ancora diversi, anche nella famiglia, che rendono più complesso l'approccio.

Se la malattia si rivela inguaribile tutto può apparire inutile e senza scopo, e può presentarsi il rischio reale che, impotenti, si rinunci anche all'assistenza, in attesa che la morte sopraggiunga. L'incontro tra il paziente, la famiglia e lo staff assistenziale si esaurisce in un silenzioso imbarazzo riempito da sguardi mancati, parole non dette, opportunità non colte, speranze disattese e risulta frustrante per tutte le figure implicate. Appare evidente perciò che la vera incurabilità del morente, al di là della preclusa guaribilità e della natura dei sintomi, è l'effetto soprattutto della parziale e mancata assistenza alla persona nella sua globalità. È funzione della incomprendimento della situazione esistenziale del malato e della sua soggettività.

Da ciò deriva che diventa di fondamentale importanza l'aiuto che l'infermiere dovrà valutare nel rapporto con il paziente sia nella fase pre che post - operatoria. È infatti noto che l'individuo, in seguito alla malattia, può andare incontro ad uno squilibrio psichico oltre che organico. Una prima reazione può essere la depressione, perché è viva nel malato la sensazione di avere perso un "bene" (c'è da tenere presente che nella nostra società la salute è vista come un bene assoluto). La seconda è l'ansia legata alla paura per il futuro, che potrebbe comportare situazioni nuove, davanti alle quali egli si sente impotente oppure minacciato.

Il paziente chirurgico presenta un atteggiamento ambiguo nei riguardi dell'intervento stesso perché, se da una parte è considerato un mezzo per liberarsi fisicamente dalla malattia (eliminata dal chirurgo), dall'altra è visto anche come rischio immediato per la vita (la paura di non risvegliarsi dall'anestesia) e come mutilazione della propria integrità corporea.

Se il profilo del paziente di domani ci ha presentato una persona che desidera essere sempre più informata e coinvolta, ne deriva che gli infermieri, così come tutti gli altri operatori sanitari, debbano garantire una maggiore informazione all'utenza a fondamento di una nuova prospettiva, nella quale si crei lo spazio relazionale necessario affinché la persona possa

riflettere consapevolmente sulle scelte riguardanti la propria salute. Per pianificare con l'interessato una assistenza che tenga conto anche di ciò che egli pensa utile per sé, non basta "informare" sottoponendo alla sua firma moduli pieni di spiegazioni e dettagli tecnici spesso incomprensibili per non addetti ai lavori, ritenendo in tal modo di aver realizzato il "consenso informato".

Un'adeguata informazione dell'utente richiede l'elaborazione di linguaggi adatti alla persona che abbiamo di fronte, nei quali siano evitate le banalizzazioni o le eccessive semplificazioni, ma attraverso i quali si riescano a trasferire i messaggi più importanti. È un errore rivolgersi a persone adulte o anziane usando linguaggi infantili, ritenendo con questo di essere meglio compresi, oppure rassicurare le persone, o presumere di farlo, usando espressioni come "non si preoccupi e lasci fare a me..."⁴⁵.

Questi modi di agire testimoniano la sopravvivenza di una cultura che sollecita la delega, non il coinvolgimento della persona e veicolano l'idea che essa debba essere "paziente" nel senso letterale del termine, ossia non in grado di intervenire nelle decisioni.

⁴⁵ *Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale*, Roma, 8 aprile 2000

Per affrontare problemi come quello di un intervento chirurgico altamente demolitivo, di particolari terapie, di cambiamenti nella gestione della vita dopo l'intervento, è essenziale che egli sia messo nelle condizioni di poter decidere e scegliere consapevolmente, ma anche di essere efficacemente sostenuto da parte di personale competente, attento ad individuare le sue esigenze anche comunicative, per arrivare all'intervento nella migliore condizione psico - fisica possibile.

A tale scopo si dovrebbe educare il paziente ad assumere atteggiamenti e a compiere determinati esercizi, utili poi nella fase successiva, già nel periodo precedente all'intervento, così che in seguito ne risulterà più semplice l'applicazione

La gestione post operatoria tenderà invece a suscitare nel paziente una reazione positiva nei confronti dell'intervento, che in ogni caso risulta essere uno stress notevole per l'organismo. Come primo passo si farà quindi grande attenzione alla comunicazione che passa attraverso il piano della assistenza alla corporeità, di cui adesso c'è estremo bisogno, stando attenti al tipo di reazione del fisico già dal primo risveglio dall'anestesia.

Inoltre si dovranno costantemente osservare e valutare le modalità con cui egli affronta il dolore, la sensazione della mancanza di una parte del

corpo o di un organo, la paura di non essere in grado di gestire la situazione in previsione del futuro, che subirà delle necessarie modificazioni.

CAPITOLO 6

LA RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

NELLA COMUNICAZIONE

6.1 ASPETTI GIURIDICI E DEONTOLOGICI

In ambito legislativo esistono normative che identificano il ruolo dell'infermiere, la sua collocazione nel panorama sanitario e le sue competenze in campo professionale.

In particolare la **legge 26 febbraio 1999 n. 42 “ Disposizioni in materia di professioni sanitarie”**, all'art: 1, *punto 1* definisce l'assistenza infermieristica, una professione sanitaria e non più una professione sanitaria ausiliaria;

al *punto 2* stabilisce che il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie “è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché dagli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni sanitarie, per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali”.

Il **Decreto Ministeriale** di riferimento per la professione infermieristica è il **n. 739 / 94** dal titolo “ Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”; nel suddetto regolamento si riconosce l’infermiere come figura professionale che esplica la sua attività nell’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa e tale assistenza è di natura tecnica, relazionale ed educativa.

In particolare l’aspetto relazionale evidenzia la necessità di riscoprire il valore del malato come persona, la sua centralità nel processo di cura e la necessità di stabilire con lui un patto di fiducia all’interno del quale operare.

Le principali funzioni dell’infermiere riguardano la prevenzione delle malattie e l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età. Svolge la propria attività a favore delle persone non solo quando sono malate o terminali, ma anche quando sono sane, per aiutarle a preservare la salute.

L’infermiere partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle

prescrizioni diagnostico - terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. Per l'espletamento delle funzioni assistenziali si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

L'infermiere può esercitare la sua professione in regime di dipendenza nelle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, oppure come libero professionista.

All'infermiere sono richieste capacità organizzative, tecniche e di rilevazione dei bisogni per applicare gli interventi assistenziali alla persona e/o ai gruppi; capacità di fornire prestazioni per l'educazione alla salute, la prevenzione, le cure infermieristiche e l'applicazione di tecniche corrette, efficaci e adatte al paziente; capacità di utilizzo delle risorse umane, finanziarie e strumentali a disposizione per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica globale; capacità di analizzare i risultati delle ricerche in vista dell'individuazione di possibili applicazioni. Sono inoltre richieste capacità di tipo relazionale al fine di stabilire e mantenere rapporti efficaci

con il paziente e con la sua famiglia durante tutto l'arco del suo intervento, in un clima sempre costantemente mirato all'ottenimento di un risultato.

La caratteristica principale di questa professione è prendersi cura dell'altro. E' un lavoro di relazione e quindi l'infermiere deve saper ascoltare, rassicurare e mettere la persona a proprio agio, essere paziente e disponibile. Deve inoltre osservare i comportamenti del paziente (verbali e non verbali), controllare le cartelle cliniche che forniscono informazioni molto personalizzate sul paziente. E' importante che si sappia inserire positivamente nell'équipe assistenziale, riconoscendo i rispettivi ruoli e dando il proprio contributo nell'interesse della persona assistita. Come qualsiasi altro rapporto contraddistinto da una forte componente emotiva e da un livello di dipendenza più o meno marcato, un'interazione tra il paziente e l'infermiere è inevitabilmente basata sulla fiducia e sulla capacità di accogliere il paziente in quanto tale, accettando le sue abitudini, i suoi comportamenti, le sue qualità e i suoi difetti. Viene richiesto all'infermiere un'idoneità psicofisica poiché il lavoro può essere svolto anche nelle ore notturne.

Per quanto riguarda l'**ordinamento didattico**, esso è regolato dalla **Tabella XVIII - ter**. In particolare sono indicati specifici corsi integrati che garantiscono la formazione in materia:

- Infermieristica generale e teoria del nursing
- Metodologia infermieristica applicata
- Infermieristica clinica I
- Psicologia generale e clinica
- Psicologia, sociologia e igiene mentale

Il **Codice Deontologico** di riferimento è quello approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel **febbraio 1999**.

Tale edizione si apre con il Patto infermiere – cittadino nel quale l'infermiere si impegna nei confronti del cittadino a creare un rapporto di responsabilità fatto di presa in carico, di accudimento, di rispetto, di tutela e di guida, ma anche di cammino insieme, lungo percorsi non sempre facili, di storie di sofferenza e malattia e d'incrocio di ruoli, competenze e responsabilità.

L'articolo 1 del Codice costituisce una premessa in cui si delinea chi è l'infermiere, che tipo di servizio eroga e con quali interventi, quali sono le

sue responsabilità generali, quali sono le funzioni del Codice, quali gli scopi della partecipazione dell'infermiere ai propri organi di rappresentanza.

L'articolo 2 esplicita i principi etici della professione, tra cui:

2.1 il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo

2.2 la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, da cui deriva l'impegno a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione

2.3 tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e assistenza, indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia;

2.4 l'assistenza infermieristica tiene conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo;

2.5 nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare una soluzione attraverso il dialogo;

2.6 nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, ma ad orientare la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, del quale attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

L'articolo 4 definisce i rapporti dell'infermiere con la persona assistita:

4.2 l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte;

4.3 l'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura;

4.5 l'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato;

4.6 l'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza;

4.8 l'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

L'articolo 5 delinea i rapporti professionali con i colleghi e gli altri operatori sottolineando, in particolare, la necessità di una efficace collaborazione con gli stessi, nel riconoscimento e nel rispetto di ogni specifico apporto all'interno dell'équipe.

Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, l'infermiere contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

Alla luce di quanto esposto, mi sembra siano già presenti nella normativa vigente chiari riferimenti per quella rielaborazione dell'assistenza infermieristica, oggetto di questa discussione.

6.2 LA COMUNICAZIONE IN ALCUNI MODELLI CONCETTUALI DI RIFERIMENTO

In questo paragrafo presento le considerazioni circa la comunicazione e la relazione terapeutica di aiuto tra infermiere e paziente presenti in due modelli concettuali⁴⁶ che possono essere presi come riferimento: Virginia Henderson e Hildegard Peplau.

La prima identifica⁴⁷ la funzione specifica del nursing nell'assistenza della persona, sana o malata, per aiutarla a compiere tutti gli atti che tendono al mantenimento della salute, o alla guarigione oppure a prepararla a una morte serena; (atti che la persona compirebbe da sola se disponesse della forza, della volontà, o delle conoscenze necessarie); e a riacquistare prima possibile la sua indipendenza.

Alla base di questa definizione si riscontra lo stretto legame tra equilibrio fisiologico ed emozionale, tra corpo e psiche, che porta a considerare la malattia come qualcosa di più complesso che la semplice assenza di benessere fisico o di una minaccia per la vita. Quindi lo stato di

⁴⁶ Marriner-Tomey A., *I teorici del nursing e le loro teorie*, Mc Graw-Hill Italia, 1996

⁴⁷ Cfr Henderson V., *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*, New York, 1966

benessere coincide con la capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni.

La **Henderson** identifica 14 bisogni fondamentali per la sopravvivenza dell'individuo:

- respirare normalmente;
- mangiare e bere in modo adeguato alle sue condizioni di salute;
- provvedere alle sue funzioni di eliminazione;
- muoversi e mantenersi in posizione confortevole;
- dormire e riposare;
- scegliere gli indumenti appropriati, vestirsi e svestirsi;
- mantenere la temperatura corporea entro limiti normali mediante un vestiario adatto ed eventuali modifiche dell'ambiente;
- provvedere all'igiene e alla cura del corpo ed alla protezione della cute;
- proteggersi dai pericoli dell'ambiente ed evitare di essere fonte di pericolo per altre persone;
- **comunicare con gli altri, esprimere i propri sentimenti, bisogni, timori, opinioni;**
- praticare la propria religione;
- svolgere un'attività che dia un senso di compiutezza;

- partecipare a forme di svago di vario tipo;
- apprendere, scoprire o soddisfare le curiosità che conducono ad uno sviluppo adeguato, alla salute, e all'utilizzazione delle risorse sanitarie.

Questi bisogni di base sono in apparenza semplici, ma diventano complessi quando si verifica l'alterazione di uno di essi e si considerano tutti i parametri relativi allo stesso.

La sua definizione di nursing e la presentazione delle quattordici funzioni infermieristiche di base offrono una prospettiva che ha lo scopo di spiegare una totalità di comportamenti infermieristici riferibili ad ogni situazione e ad ogni tipologia di paziente.

L'aiuto che l'infermiere presta alla persona per soddisfare tali bisogni è la base dell'assistenza infermieristica, che il professionista svolge in condizioni di autonomia quando è l'operatore più qualificato e in qualità di membro di un'équipe sanitaria in collaborazione con altre figure professionali coinvolte.

L'agire dell'infermiere nei confronti del paziente si sviluppa attraverso tre stadi: nei momenti di grave malattia si sostituisce al paziente che non ha né la volontà né le conoscenze per riacquistare l'indipendenza e quindi

arrivare alla guarigione; durante la convalescenza aiuta il paziente a recuperare la propria autonomia; in qualità di partner guida e consiglia il paziente circa i comportamenti da assumere per mantenere lo stato di salute.

L'attività infermieristica si svolge attraverso il coinvolgimento diretto del paziente e della sua famiglia, la loro partecipazione attiva al programma terapeutico per garantire il mantenimento di un ritmo di vita il più normale possibile per la persona, compatibilmente con la condizione in cui essa si trova.

Per raggiungere questo obiettivo l'infermiere dovrà sviluppare un atteggiamento di empatia che gli permetta di ascoltare, comprendere ed assistere efficacemente il paziente, a prescindere dalla patologia, dall'età, dal temperamento, dallo stato emotivo, dallo status culturale o sociale, dalle capacità fisiche e intellettive.

Si richiede quindi all'infermiere di assumere comportamenti favorevoli alla comunicazione e di eliminare gli eventuali ostacoli⁴⁸.

Sono tali i seguenti atteggiamenti:

⁴⁸ Cavicchioli A. et al., *Elementi di base dell'assistenza infermieristica*, Vol. 1, Casa Editrice Abrosiana, Milano, 1994

ASCOLTARE: è una delle prime operazioni da mettere in atto per favorire la comunicazione; significa mettersi al servizio dell'altro, dimostrargli che siamo ben disposti verso le sue argomentazioni, cercando di capire più in profondità le motivazioni che spingono l'altro ad aprirsi nei nostri confronti. L'ascoltare offre all'altro la prova che siamo in perfetta sintonia comunicativa con lui. Per far questo è necessario controllare bene il nostro comportamento, ed in particolare la coerenza tra linguaggio verbale e non verbale (per evitare di trasmettere all'altro di essere in ascolto ma di non interessarsi affatto a quanto viene detto).

Inoltre si dovrebbe evitare di fare due cose contemporaneamente, perché chi parla, specie il paziente che ha bisogno di comunicare, vuole quasi l'esclusiva, pretende che chi lo ascolta sia tutto per lui e che non si dedichi ad altre attività che potrebbero distorcere la comunicazione. Infine è utile utilizzare le pause di silenzio, validissimo mezzo per dimostrare la nostra attenzione nei confronti del malato.

FOCALIZZARE: è importante che ciò che è essenziale non si perda tra tutte le comunicazioni non direttamente collegate al problema che si sta affrontando. Questa azione torna utile in presenza di pazienti che hanno l'abitudine di disperdersi nelle loro comunicazioni. Quindi l'operatore non

deve mai perdere di vista l'obiettivo primario assegnato al colloquio o alla comunicazione, ma deve di tanto in tanto mettere a fuoco gli argomenti che più servono al processo comunicativo.

VERIFICARE CONSENSUALMENTE AL PAZIENTE: il paziente deve assumere un ruolo attivo, perciò l'operatore deve offrirgli dei rinforzi positivi, dandogli il senso di essere attento al distendersi della comunicazione, e nel contempo di cercare la sua collaborazione per farla funzionare al meglio.

ESSERE INTERESSATI VERAMENTE ALL'ALTRO: conditio sine qua non per dimostrare l'interesse per il nostro lavoro e in particolare per l'altro come persona. Il nostro vero interessamento serve infatti al paziente per soddisfare il suo bisogno di essere considerato un individuo con una propria soggettività, non solamente un numero in mezzo a tanti altri.

Tra gli ostacoli da eliminare troviamo:

L'INCAPACITA' DI ASCOLTO: a volte non c'è il tempo di ascoltare tutto ciò che il paziente vorrebbe dire, ma altre volte il tempo diventa un vero e proprio alibi, quasi una specie di dichiarazione di impossibilità a

comunicare, che però lascia un segno negativo: non c'è spazio per la comunicazione.

GLI INCORAGGIAMENTI BANALI: quando gli operatori ricorrono agli incoraggiamenti banali e gratuiti non tranquillizzano affatto il paziente, che si sente quasi sminuito nella sua essenzialità di essere pensante, al massimo assicurano se stessi di essere bravi comunicatori. In realtà la banalità disturba molto il paziente, perché gli impedisce la valutazione serena e tiene lontano ciò che può veramente aiutarlo, l'interiorizzazione del messaggio tranquillizzante.

LA FACILITA' DI GIUDIZI: spesso, durante la relazione infermiere/paziente, capita che il primo debba valutare quanto fatto dal secondo, in relazione ovviamente alla cura. A volte invece è lo stesso paziente che chiede all'infermiere un giudizio sulle sue azioni. Anche in questo caso l'infermiere dovrebbe ricordarsi che è molto più utile ricorrere alla valutazione che non al giudizio, avendo presente che valutare, nella sua accezione più ampia, significa considerare tutti gli elementi che concorrono alla formazione del fenomeno in questione.

Quindi anche le azioni “sbagliate” del paziente potrebbero prendere una luce diversa e non pesare negativamente sulla sua personalità. Il primo

beneficio sarebbe un aumento della comunicazione seguito dalla stabilizzazione di una relazione più autentica e proficua per entrambi.

LE FONTI DI DISTRAZIONE: vanno sicuramente eliminate, pena un rallentamento del processo comunicativo. A volte la distrazione è da ricercarsi nell'ambiente (il passaggio di una persona, un colpo di tosse del vicino di letto), altre volte risiede in un piano emotivo, interno ai singoli interlocutori. Ad esempio il paziente può rifiutare il suo ruolo di persona malata e di conseguenza rifiutare tutte le comunicazioni che gli ricordano la sua condizione; nel contempo l'infermiere può rifiutare l'altro o al contrario sentirsi troppo coinvolto nella sua sofferenza. In entrambi i casi si genera una specie di elemento di distrazione che diventa ostacolo alla comunicazione.

Resta quindi facoltà dell'infermiere la ricerca dentro se stesso e nell'ambiente circostante le cause dell'eventuale incomunicabilità, rimuoverle e mettere in moto una serie di meccanismi preventivi in grado di favorire al massimo il rapporto comunicativo.

H. Peplau invece si indirizza verso la possibilità di includere all'interno degli interventi infermieristici⁴⁹ l'esplorazione del significato psicologico di eventi, sentimenti e comportamenti e delle ripercussioni che essi hanno sul paziente, affinché l'infermiere possa operare come forza educativa, terapeutica e di crescita.

Per lei il nursing è psicomodinamico, infatti cerca di comprendere il comportamento proprio di una persona per aiutare gli altri ad identificare le difficoltà riscontrate e per applicare i principi delle relazioni umane ai problemi che insorgono a tutti i livelli dell'esperienza⁵⁰.

È uno strumento educativo, una forza di maturazione che ambisce a favorire il progresso della personalità verso uno stile di vita creativo, personale e sociale. È un importante processo terapeutico interpersonale che funziona in cooperazione con altri processi umani che rendono possibile la salute degli individui all'interno delle comunità.

⁴⁹ Phillips J.R., *Image*, Nursing systems and nursing models, 1977

⁵⁰ Peplau H.E., *Interpersonal relations in nursing*, New York, 1952

In quest'ottica descrive il rapporto infermiere - paziente come un processo composto da quattro fasi⁵¹, che possono essere anche sovrapposte tra loro a seconda della situazione in cui ci si trova:

1) **ORIENTAMENTO** in questa fase l'individuo percepisce un bisogno e cerca l'aiuto di un professionista per soddisfarlo. L'infermiere aiuta il paziente a riconoscere e a capire il suo problema e ne identifica la natura.

2) **IDENTIFICAZIONE** il paziente si identifica con coloro che possono aiutarlo. L'infermiere consente l'esplorazione dei sentimenti per aiutare il paziente ad affrontare la malattia come un'esperienza che riorienta i sentimenti, consolida i punti di forza positivi presenti nella personalità e offre la soddisfazione necessaria.

3) **SFRUTTAMENTO** in questa fase il paziente cerca di trarre il valore massimo di quanto gli viene offerto attraverso il rapporto. È ora possibile progettare nuovi obiettivi conseguibili attraverso lo sforzo personale, e il potere si trasferisce dall'infermiere al paziente nel momento in cui questi posticipa la gratificazione immediata per conseguire i nuovi obiettivi fissati.

⁵¹ Marriner-Tomey A., *I teorici del nursing e le loro teorie*, Mc Graw-Hill Italia, 1996

4) **RISOLUZIONE** i vecchi obiettivi vengono gradualmente accantonati e vengono adottati, al loro posto, quelli nuovi. Si tratta di un processo attraverso il quale il paziente si libera dall'identificazione con l'infermiere.

Nel corso della relazione con il paziente, secondo l'Autrice, l'infermiere assume ruoli differenti:

☞ **ESTRANEO** l'infermiere e il paziente non si conoscono ancora e quest'ultimo dovrà essere trattato con la consueta cortesia, senza pregiudizi, accettandolo così com'è. Questo ruolo coincide con la fase di identificazione.

☞ **PERSONA DI SOSTEGNO** l'infermiere offre risposte specifiche alle domande e spiega al paziente il trattamento o il programma assistenziale. Tali quesiti spesso nascono all'interno di un problema più vasto. L'infermiere determina quale risposta è più appropriata per un apprendimento costruttivo: risposte dirette, indirette, consigli.

☞ **INSEGNANTE** tale ruolo parte sempre da ciò che il paziente sa e si sviluppa intorno al suo interesse e alla sua capacità di utilizzare le informazioni.

☞ *LEADER* l'infermiere aiuta il paziente a svolgere i compiti più immediati con un rapporto di collaborazione e partecipazione.

☞ *SOSTITUTO* il paziente viene aiutato dall'infermiere a riconoscere le affinità esistenti tra sé e l'operatore, riuscendo successivamente a individuare le differenze di ruolo e a definire le aree di dipendenza, indipendenza e interdipendenza.

☞ *CONSULENTE* l'infermiere aiuta il paziente a comprendere perfettamente la situazione attuale e ciò che gli sta accadendo, cosicché l'esperienza possa essere integrata piuttosto che dissociata dalle altre esperienze di vita.

Come si può notare, entrambe le teoriche affrontano il tema della comunicazione e della relazione infermiere - paziente, declinandole secondo modalità differenti, ma conferendo loro grande rilievo.

Virginia Henderson lo definisce uno dei 14 bisogni fondamentali dell'uomo ed evidenzia gli aspetti che ne favoriscono o impediscono la soddisfazione, quando è richiesto l'aiuto del professionista infermiere.

Hildegard Peplau definisce la comunicazione come il mezzo mediante il quale l'infermiere può operare, nei confronti del malato, come forza educativa, terapeutica e di crescita.

Entrambe le teoriche, infine, forniscono le modalità per utilizzare lo strumento comunicativo al fine di aiutare efficacemente chiunque si rivolga all'infermiere per soddisfare il proprio bisogno.

CAPITOLO 7

LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA

SECONDO

LE REGOLE DI J. DUXBURY

7.1 INTRODUZIONE

In questo capitolo, alla luce dei dati raccolti e dell'approfondimento sul tema della comunicazione, propongo una nuova tipologia d'approccio, che fa riferimento alle “regole per una comunicazione terapeutica”, come enunciate da J. Duxbury, e rielaborate sulla base dei risultati degli studi condotti e della tipologia di problematiche che i pazienti si trovano più frequentemente ad affrontare nella realtà chirurgica.

7.2 LE REGOLE DELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA

Joy Duxbury in “Il paziente difficile modalità di comunicazione”⁵² presenta una “panoramica sulle regole della comunicazione terapeutica”, con l'intento di offrire alla relazione infermiere - paziente “un criterio globale per governare, nella pratica, i rapporti quotidiani”⁵³.

Queste “regole” rivestono un particolare interesse, perché permettono di individuare strategie comportamentali efficaci e utili per affrontare e prevenire quelle situazioni relazionali che si presentano di difficile interpretazione.

⁵² Duxbury J., *Il paziente difficile- modalità di comunicazione*, McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 2001

⁵³ Ibidem

Potranno inoltre costituire non solo utili basi su cui sviluppare la capacità di comunicare terapeuticamente in un ambiente di assistenza, ma anche un mezzo per migliorare le proprie capacità di relazione in generale.

Infatti possono aiutarci, promuovendo la nostra produttività relativa a ciò che pensiamo, a ciò che sentiamo e al nostro comportamento di fronte ai pazienti. Tutto questo, a sua volta, permette ai pazienti di fare lo stesso e di modificarsi di conseguenza.

L'Autore all'enunciazione di ogni regola, fa seguire una breve spiegazione che completa con esempi e suggerimenti per l'applicazione nella realtà dell'assistenza infermieristica.

Le "regole" sono 27:

- 1) Essere un individuo (operatore) diverso da chiunque altro!
- 2) Non essere né invadente, né opprimente.
- 3) Rispettare i confini del paziente: non cercare di indurre troppo presto un rapporto confidenziale.
- 4) Non dire al paziente cosa deve fare: usare la trattativa.
- 5) Non aprirsi troppo presto: la regola dell'offerta di confidenza.
- 6) Essere franchi!
- 7) Dedicare tempo a ciascun rapporto infermiere - paziente.

- 8) Avere il coraggio di avvicinarsi al paziente.
- 9) Ammettere: “Voglio che tu faccia come me”.
- 10) Fare la prima mossa.
- 11) Concentrarsi sull’interesse che si prova.
- 12) Addestrarsi a “essere chiunque” piuttosto che a “essere qualcuno”.
- 13) Applicare la “Legge del minimo sforzo”.
- 14) Trasformare il conflitto in collaborazione.
- 15) Sforzarsi di comprendere l’individuo.
- 16) Occuparsi delle “piccole cose”.
- 17) Rispettare gli impegni presi.
- 18) Chiarire al paziente ciò che lo attende.
- 19) Dimostrare integrità personale.
- 20) Non avere paura di scusarsi.
- 21) Mettere in pratica le regole senza stancarsi.
- 22) Ripassare le regole: non scoraggiarsi.
- 23) Non smettere di attenersi alle regole.
- 24) Non prendere il rifiuto in chiave personale.
- 25) Cercare di conoscersi: l’arte dell’autoconsapevolezza.
- 26) Non aver paura di far ricorso al confronto diretto quando é necessario.
- 27) Aspettarsi di sbagliare qualche volta ed essere pronti a imparare.

7.3 L'APPLICAZIONE DELLE REGOLE AI SUGGERIMENTI ESPRESSI DAI PAZIENTI

Ho scelto di riferirmi a queste regole perché, a mio giudizio, la loro applicazione potrebbe rappresentare un valido contributo per concretizzare i suggerimenti che i pazienti hanno indicato sui questionari da loro compilati. Maggior attenzione, pazienza, delicatezza, capacità di ascolto e di comunicazione sono considerati indici di un'assistenza di qualità.

Inoltre Duxbury illustra le “ regole” con spiegazioni semplici, ricchi di esempi pratici, suggerendo talvolta esercizi di facile esecuzione nelle normali attività assistenziali, senza peraltro sottrarre ad esse “ tempo prezioso”.

7.3.1 L'ATTENZIONE

Per svilupparla in modo efficace, ci aiutano le regole 7, 15 e 16.

In ordine alla **regola 7** l'Autore afferma che “Le relazioni umane, terapeutiche o di altro tipo, hanno bisogno di tempo per potersi sviluppare”⁵⁴. Anche ogni relazione d'aiuto ha bisogno di tempo affinché possa attuarsi e il tempo è sempre in funzione del contesto in cui essa si realizza. Questo non significa, necessariamente, “ frequenti e lunghi periodi

⁵⁴ Ibidem

di intensa conversazione, bensì brevi chiacchierate, sostegno o offerta di informazioni, che lascino il paziente con la sensazione di saperne di più, di essere considerato e rassicurato”⁵⁵.

Riferendosi alla **regola 15**, l’Autore rileva che per comprendere il punto di vista di un paziente e la sua personale esperienza, l’operatore deve capire quale investimento attuare allo scopo di prestare aiuto. “Quanto maggiore sarà l’investimento, tanto maggiore sarà la produttività della relazione”⁵⁶. Ma per comprendere i bisogni di qualcuno, è spesso necessario mettersi nei suoi panni, attraverso un atteggiamento di empatia. Proprio tale predisposizione permette di prestare assistenza in modo efficace. Infatti qualora la prospettiva dell’infermiere e quella del paziente differiscano tra loro, l’assenza di empatia costituisce un ostacolo ad un’assistenza adeguata.

Nel trattare la **regola 16**, l’Autore afferma che le relazioni umane si caratterizzano per la complessità degli elementi che intervengono a determinarle. La possibilità che esse possano consolidarsi, approfondirsi, dipende il più delle volte dalla capacità che i soggetti coinvolti hanno di conferire valore anche alle “piccole cose”. Nella relazione infermiere - malato, a volte, la routine e la frenesia delle attività non permettono che

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Ibidem

gesti quali una particolare cortesia, un sorriso, una mano sulla spalla al momento giusto, la sostituzione di una bevanda fredda con una calda o ancora riferire direttamente dei messaggi telefonici da parte di una persona cara al malato, possano avvenire. Sono gesti semplici, in apparenza sembrano non avere un significato particolarmente importante. In realtà, ad una più attenta analisi, sarà evidente che dare valore alla quotidianità renda eccezionale, agli occhi del paziente, il comportamento di un infermiere rispetto ad un altro. “Nelle relazioni umane, le piccole cose sono, in realtà, grandi cose”⁵⁷.

7.3.2 L'ASCOLTO

La **regola 12** suggerisce di addestrarsi a essere chiunque, piuttosto che essere qualcuno, perché in tal caso verrebbero enfatizzate troppo le differenze individuali, essendo l' imperativo diffuso che per essere degni di considerazione sociale, è necessario eccellere in qualcosa.

Al contrario, dal primo atteggiamento consegue che il rapporto di sintonia diventa la priorità di qualsiasi interazione. Porsi in sintonia “viene

⁵⁷ Ibidem

facilitato quando le persone vengono avvicinate con lo scopo primario di farle sentire meglio”⁵⁸.

Gli infermieri devono sforzarsi di ascoltare quello che i pazienti stanno dicendo e cercare di capire ciò che stanno provando. In questo tentativo, si elabora una strategia volta a far emergere ciò che ci può far avvicinare a loro, livellando allo stesso tempo le diversità individuali.

7.3.3 LA COMUNICAZIONE

Per migliorare questa capacità ci si può riferire alle regole numero 10, 13, 14, 20, 24. Nella prima di esse l’Autore invita gli operatori sanitari ad adottare per primi comportamenti di “apertura” nei confronti dei malati. Quest’esigenza nasce dalla considerazione che esiste un’evidente “disparità di forze” tra il paziente e l’infermiere.

Infatti, da un lato il malato ricoverato in ospedale si trova in una situazione di “vulnerabilità” rispetto agli operatori sanitari: é in un ambiente estraneo, non conosce il personale, sente odori, rumori e vede oggetti mai visti prima d’allora. É costretto a adeguarsi a ritmi e comportamenti dettati dall’organizzazione del reparto; di conseguenza

⁵⁸ Ibidem

capita frequentemente che sentimenti d'ansia e insicurezza prendano il sopravvento su ogni tentativo di controllo dei propri atteggiamenti e dell'ambiente.

D'altro canto l'infermiere, invece, potrebbe essere considerato come il "padrone di casa": conosce l'ambiente in cui lavora e "ciò consente un certo grado di sicurezza e di controllo"⁵⁹ nonché di consapevolezza circa il livello di responsabilità connesso alle diverse manovre assistenziali.

"Fare la prima mossa"⁶⁰ significa, allora, modificare tale percezione del contesto e questo é reso possibile soprattutto dal coinvolgimento personale dell'infermiere, in modo da poter controllare le proprie risposte e i propri comportamenti dal momento che essi possono influenzare direttamente quelli dei malati. Il controllo, é necessario ricordare, può essere esercitato solo su noi stessi: gli altri agiscono e su di loro non possiamo avere alcuna influenza.

La **regola 13** si basa "sul principio secondo cui la via migliore può essere ricercata con il minimo sforzo"⁶¹.

⁵⁹ Ibidem

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ Ibidem

Gli infermieri pertanto “non devono, di solito, sforzarsi di assistere ma, semplicemente, assistere. Quando le azioni sono motivate da un approccio d’assistenza, lo sforzo impiegato é minore”⁶².

La legge si articola in tre momenti distinti:

1) l’accettazione: non cercare di cambiare a tutti i costi la situazione così come si presenta. Questo primo momento non deve focalizzarsi sul tentativo di modificarla, ma sul nostro modo di reagire ad essa;

2) la responsabilità: prendere atto della situazione così come si presenta al vaglio dei fatti significa approntare un comportamento volto a rispondere positivamente e concretamente ad essa;

3) spogliarsi delle difese: l’operatore dovrebbe cercare di non spendere le proprie energie nel tentativo di far prevalere il proprio punto di vista nei confronti del paziente. La legge del minimo sforzo ci suggerisce di abbandonare tale atteggiamento il cui risultato conduce all’acuirsi dei contrasti. Spogliarsi delle difese personali non é un atto di debolezza, ma la strategia ottimale per avvicinare il malato coinvolgendolo in una relazione cooperativa.

⁶² Ibidem

La **regola 14** descrive le possibili modalità per trasformare un rapporto di conflittualità, che si può venire a creare tra infermiere e paziente, in collaborazione. L'Autore afferma che una tale situazione, generalmente, s'instaura ogni qualvolta un comportamento venga percepito come aggressivo o non collaborativo da parte di entrambi gli interlocutori; questa situazione diventa una base ideale per atteggiamenti ostili, sospettosi, ansiosi, che a lungo andare producono comportamenti di non collaborazione reciproca.

La soluzione è prospettata dal “modello della collaborazione”⁶³, che pone l'accento sulla capacità dell'operatore di favorire “il compromesso mediante il quale il problema o il dilemma deve essere compreso, ponendosi nel punto di vista del paziente”. In pratica, dovrebbe essere sviluppata l'abilità della “contrattazione” attraverso la quale, con modalità diverse di ritmo, di tempo e con un'utilizzazione efficace dell'empatia, possono “stabilirsi punti di vista alternativi”⁶⁴.

Affinché un conflitto possa trasformarsi in un'opportunità di collaborazione proficua tra i soggetti coinvolti é necessario acquisire nuove abilità:

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Ibidem

- mettere in discussione le proprie convinzioni e le conoscenze apprese, considerando anche le conoscenze e le risorse dei pazienti: la condivisione dei vari punti di vista è fondamentale per comprendere la situazione nella sua globalità;

- rispettare la volontà del malato, anche quando questa é in disaccordo con quanto è ritenuto importante per l'operatore. Evitare comportamenti costrittivi o insistenti nel tentativo di forzare il malato a prendere una decisione. Il ruolo dell'infermiere, anche quando il malato compie "scelte inammissibili" deve configurarsi come guida capace di consigli rispettando l'individualità della persona;

- non manifestare comportamenti difensivi arroccandosi su posizioni rigide, inaccessibili a qualsiasi sollecitazione comunicativa;

- ammettere che in alcune situazioni i malati hanno "ragione a mostrare dispiacere"⁶⁵. Il riconoscimento non significa accettazione totale, bensì "dare valore alle idee di altre persone o alla loro percezione degli eventi. Ciò é spesso denominato riconoscimento di capacità, e comunica la volontà di ascoltare e di contrattare, nell'intento di affrontare i problemi"⁶⁶;

⁶⁵ Ibidem

⁶⁶ Ibidem

- affrontare la relazione con il malato “come se non si sapesse nulla di lui”⁶⁷. Infatti idee preconcepite o conoscenze precedenti della persona emerse, ad esempio, durante il passaggio delle consegne da parte degli infermieri, possono influenzare negativamente la nostra relazione comunicativa. Bisogna impegnarci, dunque, a non tenere in considerazione espressioni che tendano ad etichettare, classificare i pazienti prima ancora di averli incontrati personalmente.

La **regola 20**, invece, riguarda le situazioni in cui le scuse, insieme ad adeguate spiegazioni, possono evitare l’incremento incontrollato dell’ansia del paziente, l’insoddisfazione e la rabbia conseguenti. Gli infermieri infatti “rappresentano spesso il contatto più immediato per i pazienti e si trovano comunemente in posizioni nelle quali sono costretti ad agire come negoziatori o mediatori”. Così, l’operatore, non potendo modificare le situazioni che non dipendono dalla propria volontà o capacità, potrà intervenire aggiornando costantemente le informazioni con franchezza, comprendendo il disagio dei pazienti, onde evitare che situazioni difficili giungano fino al conflitto.

⁶⁷ Ibidem

La **regola 24** tratta le situazioni in cui i pazienti, fin dall'inizio, manifestano comportamenti ostili e aggressivi per motivi diversi. Se questi atteggiamenti fossero interpretati dall'infermiere come un attacco personale, la reazione naturale sarebbe quella di allontanare tali individui ignorandoli o stando sulle difensive, dimenticando che "i pazienti tendono a comportarsi in modo ostile o ad intralciare la nostra attività quando si sentono essi stessi minacciati, provocati o frustrati"⁶⁸.

Perciò l'infermiere dovrebbe superare questo momento di difficoltà, mostrando autocontrollo e calma, in modo da poter analizzare e valutare attentamente contesto o persone coinvolte nella situazione.

7.3.4 LA CHIAREZZA

Per migliorare questa caratteristica, ritengo utili le regole 6, 18, 26.

Nella **regola 6** l'Autore evidenzia l'importanza della franchezza. Peraltro precisa che essere franchi non significa necessariamente dire sempre "sì" al malato o riferirgli ciò che desidera sentirsi dire. Infatti vi sono situazioni in cui la negazione o la definizione di confini netti tra operatore e paziente sono salutari.

⁶⁸ Ibidem

Essere franco vuol dire, soprattutto, essere consapevoli di poter affrontare responsabilmente la situazione che si sta vivendo. L'infermiere dovrà cercare di creare un'atmosfera serena ed equilibrata, lontana dalla confusione, dall'ambiguità e dalle incertezze. Tale contesto favorisce fenomeni positivi di avvicinamento, comprensione e ciò può realizzarsi cercando di “accorgervi di quando il paziente non capisce o di quando ha bisogno di sapere qualcosa di più. I pazienti vi rispetteranno per i vostri sforzi. Verbalizzare ciò che si pensa, con sensibilità, in modo adeguato e al momento giusto, può essere terapeutico; ciò non é soltanto alla base della vostra franchezza, ma incoraggia alla franchezza lo stesso paziente, che può reagire in modo analogo”⁶⁹.

Nella **regola 18** l'Autore afferma che molti dei comportamenti ritenuti difficili, adottati dai pazienti, sono da attribuire alle loro attese, che, non sempre, coincidono con quelle degli operatori sanitari. Il malato interpreta e anticipa l'esperienza del ricovero e della sua malattia in base a caratteristiche legate alla propria personalità, cultura, status sociale, ecc. In ogni caso egli non sa cosa lo aspetta, soprattutto se é la prima volta che viene ricoverato in una struttura sanitaria: non conosce gli ambienti, le

⁶⁹ Ibidem

regole, la vita di reparto, l'iter terapeutico da seguire e così via. Far permanere il malato in tali condizioni equivarrebbe a predisporlo a sentimenti di incomprensione, insoddisfazione e sfiducia nei confronti degli operatori sanitari.

“Pertanto, é importante che, di fronte a ciascuna situazione nuova (un paziente o un incontro) vengano fin dall'inizio chiarite le attese, cosa che implica un considerevole investimento iniziale di tempo e sforzi: nondimeno, può farne risparmiare successivamente, a mano a mano che si sviluppa il rapporto”,⁷⁰.

La **regola 26** tratta un aspetto particolare della relazione comunicativa tra l'infermiere e il paziente: la possibilità che il primo sia d'aiuto al malato attraverso il confronto e la catarsi. Per *catarsi* s'intende la “liberazione dalle emozioni” e corrisponde alla fase in cui il paziente scopre le sue paure, le sue ansie, la sua collera, il suo disagio piangendo o con manifestazioni difficilmente controllabili da parte dell'infermiere. Queste situazioni potrebbero trovare l'operatore vulnerabile e impreparato, e l'errore più comune in cui è possibile incorra é quello di sentirsi obbligato ogni volta a dare risposte risolutive alle emotività dei pazienti. Molto

⁷⁰ Ibidem

spesso, invece, essi si rivolgono agli operatori non per ottenere risposte esaustive, ma solo e soprattutto per ricevere un segno empatico capace di attenuare e chiarire il loro disagio esistenziale.

Ascoltare le emozioni, gli sfoghi dei malati richiede sensibilità, abilità e capacità di porsi positivamente nei loro confronti, con l'obiettivo di far "raggiungere il maggior beneficio per il paziente, senza indurlo od obbligarlo a fare ciò che volete voi, bensì illustrandogli il comportamento o i bisogni che possono ostacolare il progresso verso una migliore condizione di salute"⁷¹.

7.3.5 LA DELICATEZZA

Al riguardo mi sembrano utili le regole numero 3 e 5.

La **regola 3** afferma che l'intimità professionale è il risultato della pazienza e del rispetto. Quella fisica, in particolare, "richiesta dall'esame obiettivo o da vari interventi fisici"⁷², dovrebbe essere preceduta, quando ciò sia possibile, da un certo grado di rapporto con i pazienti.

La **regola 5** tratta invece l'offerta della confidenza come aspetto di particolare interesse nella relazione infermiere - paziente.

⁷¹ Ibidem

⁷² Ibidem

Le seguenti espressioni d'uso comune riflettono i vari atteggiamenti che l'infermiere dovrebbe assumere: “Non aprirti troppo presto”, “Condividi ciò che senti”, “Esprimiti”, “Non abbattere le tue barriere”⁷³. Tali suggerimenti, nonostante possano, per certi aspetti, essere validi, il più delle volte si rivelano come delle “frasi fatte” che non aiutano a risolvere il problema.

La strategia ottimale, invece, suggerisce di agire secondo il proprio istinto: se pensiamo che durante una relazione con il paziente quello sia il momento giusto per poter entrare in confidenza con lui e aprirsi ulteriormente, allora, dovremmo farlo. La nostra convinzione, infatti, origina dalla maturata esperienza professionale, ma anche dai rapporti che normalmente curiamo nella nostra vita familiare e sociale e che ci formano e ci rendono sensibili a comprendere noi stessi e gli altri.

7.3.6 IL RISPETTO

Le regole 4, 9, 17, 19, 27 aiuteranno ad attuare meglio questo sentimento. Secondo la **regola 4** una delle difficoltà maggiori che ostacola l'instaurarsi di un rapporto ottimale tra infermiere e malato, consiste nella convinzione del primo a ritenere spesso che “il paziente una

⁷³ Ibidem

volta varcate le soglie dell'ospedale, diventi di proprietà di coloro che lo assistono”⁷⁴. Il paziente, coinvolto nella routine della vita ospedaliera, con i suoi ritmi e i suoi orari, perde la propria autonomia e l'infermiere, in tale situazione, sembra porsi come colui che impone al malato ciò che deve fare, dire e come comportarsi.

Occorre invece adottare comportamenti idonei che permettano un avvicinamento al malato, ascoltando i suoi bisogni individuali, cercando di inserirli efficacemente tra le diverse attività che caratterizzano l'ambiente sanitario.

Si è già accennato al fatto che comportamenti aggressivi e difficili espressi dai malati vengano percepiti dall'infermiere come attacchi alla sua persona. Ciò può accadere anche perché l'operatore, come persona, è soggetto a proprie insicurezze, paure, che lo fanno sentire vulnerabile e fragile. Per superare queste difficoltà nella **regola 9** sono proposte due possibili strategie:

- “smettere di cercare di essere perfetti”. Bisogna auto - educarci a conoscere ed accettare le nostre debolezze, i nostri limiti, le nostre paure per sapere quando, in una determinata situazione, sia meglio tentare di

⁷⁴ Ibidem

allontanarci da essa piuttosto che perseverare in ciò che procurerebbe ansia o dolore per i soggetti coinvolti. Non si tratta di negligenza e neppure di omissione, bensì di considerarsi persone che, nonostante i propri limiti, si sforzano di rimanere importanti le une per le altre.

- “Immaginate la vostra reazione e, poi, non tenete conto di ciò che avete immaginato”. Questa tecnica viene utilizzata per evidenziare che nella relazione comunicativa é di fondamentale importanza essere se stessi, agire quindi secondo le proprie capacità, risorse personali. Rogers definisce questa capacità come “essere autentici”.

La **regola 17** evidenzia la particolare importanza che una promessa o un impegno preso vengano mantenuti. É sufficiente considerare quanto promesse disattese possano influenzare negativamente i rapporti umani.

È evidente quindi la necessità che l’infermiere, una volta impegnatosi personalmente a soddisfare un bisogno espresso da un malato, cerchi di esaudirlo per non vanificare la fiducia nei suoi confronti. Qualora non sia possibile conseguire quanto promesso, solo la franchezza e valide e plausibili ragioni ne potranno giustificare il mancato raggiungimento.

Nella **regola 19** l'Autore spiega che molte persone non riescono a captare la nostra fiducia perché risultano essere in contrasto con se stesse. Nelle relazioni umane un modo per “manifestare integrità é essere leali verso coloro che non sono presenti”⁷⁵.

Quest'affermazione presuppone che, chi é integro, concepisca i rapporti con gli altri fondati sul rispetto reciproco. Ecco perché, nella pratica clinica, ogni qual volta si dovesse verificare un disaccordo con un malato, l'infermiere dovrebbe cercare di affrontarlo “nell'ambito privato di un confronto a faccia a faccia”⁷⁶.

La **regola 27** spiega come inevitabilmente si potranno esperire situazioni professionali fallimentari, nelle quali verranno invalidate le nostre aspettative, nonostante siano state scrupolosamente rispettate le regole fondamentali che caratterizzano la buona riuscita della relazione comunicativa.

L'insuccesso, però, non deve giustificare l'abbandono delle regole terapeutiche o atteggiamenti di disillusione e sfiducia da parte dell'infermiere. Il fallimento dovrebbe generare nuove riflessioni che,

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ Ibidem

integrate con conoscenze precedentemente acquisite, siano stimolo di una ulteriore crescita professionale. “Credete in voi stessi, siate desiderosi di comunicare; il resto verrà da sé”⁷⁷.

7.3.7 LA PAZIENZA

Secondo la **regola 2**, il malato deve poter stabilire il contatto comunicativo secondo propri tempi e ritmi.

Accade, invece, di frequente che, per eccesso di zelo o per incapacità di dominare le proprie abilità comunicative, l’infermiere cerchi “di fare troppo, troppo incisivamente e troppo presto”⁷⁸ ciò che si suppone sia importante operare, in quel momento, per quel paziente, esprimendo così un atteggiamento autoritario.

Un suggerimento comportamentale utile in queste situazioni potrebbe essere il seguente: “Cercate d’avere pazienza e date segni frequenti, verbali e non verbali, che incoraggino lo sviluppo di un rapporto di fiducia. Per esempio mediante un contatto visivo intermittente, sedendovi insieme al paziente (anziché standogli vicino in piedi), sorridendogli ogni tanto,

⁷⁷ Ibidem

⁷⁸ Ibidem

facendo ricorso al contatto fisico e mostrando in vari modi che vi occupate di lui”⁷⁹.

7.4 L'APPLICAZIONE DELLE “REGOLE” PER LA GESTIONE DI ALCUNI VISSUTI IN AMBITO CHIRURGICO

Le suddette regole poi, sono state la premessa di un'ulteriore riflessione e di un successivo approfondimento di alcune tematiche peculiari in ambito chirurgico. Ne è emersa l'individuazione di obiettivi che, se perseguiti, potrebbero migliorare grandemente la qualità della comunicazione e della relazione con i pazienti.

7.4.1 IL RAPPORTO TRA IL MALATO E LA MALATTIA

Dal punto di vista comunicativo, alcuni degli obiettivi che si potrebbero raggiungere applicando nell'attività pratica le regole 4, 9, 12,17 e 27 sono:

1. Osservare, dialogare e ascoltare il malato per far emergere le sue convinzioni e i vissuti che accompagnano l'evoluzione della malattia;
2. Fornire informazioni più realistiche sulla curabilità dei sintomi;

⁷⁹ Ibidem

3. Individuare i modi con cui egli comunica il disagio provocato dalla sintomatologia fisica;

4. Individuare il grado di influenza della sintomatologia sull'atteggiamento negativo nei confronti della malattia e predisporre modalità di sostegno;

5. Guidare il malato verso una migliore qualità di vita.

Il cancro, ad esempio, mantiene ancora una connotazione molto negativa ed è valutato facilmente su convinzioni irrazionali, nonostante le attuali conoscenze tecnologiche e scientifiche e gli opportuni interventi preventivi abbiano permesso di contenere l'incidenza della mortalità e di dominare il dolore e la sintomatologia fisica.

Attraverso un atteggiamento di ascolto, si rileveranno tutte le fantasie o le verità intuitive, le paure esagerate o le rassegnazioni necessarie, cioè l'interpretazione soggettiva della malattia. In base a queste informazioni si potrà costruire il proprio comportamento assistenziale: andranno quindi privilegiate la vicinanza ed il rapporto interpersonale piuttosto che l'informazione. Infatti è all'interno di questo rapporto che la parola e l'informazione trovano la loro strada e il loro vero significato.

L'atteggiamento più opportuno é quello di complementarsi al paziente, mettersi in relazione con lui e affrontare le problematiche che pone con gradualità, rispettando i suoi tempi e le sue strategie, risparmiandogli inutili ansie con opportune informazioni.

La correzione delle convinzioni irrazionali può far emergere nuove motivazioni. Queste potranno facilitare l'adattamento alla malattia, generando un nuovo stile di vita che includa le limitazioni che la patologia comporta.

7.4.2 LA GESTIONE DELLA MALATTIA

In questo ambito gli obiettivi da porsi, seguendo le regole 16, 18, 24, 26, potrebbero essere:

1. Avviare un confronto costante, all'interno dell'équipe, su queste problematiche.
2. Rilevare le modalità usate dal malato per graduare l'impatto con la malattia.
3. Valutare gli atteggiamenti nei confronti della terapia e dei programmi di cura, come espressione del disagio verso la malattia.

4. Offrire adeguate opportunità per passare gradualmente da un atteggiamento di rifiuto della malattia, ad una progressiva consapevolezza.

Le considerazioni sulle strategie difensive vanno estese anche ai familiari ed agli operatori assistenziali. Di fronte all'individuo che fa i conti concretamente con l'angoscia della sua morte, è inevitabile per chiunque una pericolosa identificazione che rimanda alla propria morte.

La consapevolezza della complessità della modalità difensive deve mettere in guardia da interpretazioni semplicistiche dell'altrui o dei propri comportamenti.

L'organizzazione sotto la direzione di un professionista specializzato, di gruppi di discussione tra gli operatori, può fare da argine a grossolani errori terapeutici ed a pericolose identificazioni.

Utilizzare l'équipe come metodologia di lavoro favorisce l'analisi corretta delle problematiche specifiche del paziente, delle dinamiche personali di ogni operatore e dei conflitti interni dello staff assistenziale.

Solitamente è opportuno, dopo le necessarie discussioni di équipe, mediare l'intervento psicologico sul paziente, utilizzando la trama dei

rapporti già costituiti, a partire dalle competenze professionali (l'infermiere o il medico).

In particolare, il contributo dell'infermiere è di farsi portavoce dei disagi del paziente e, dopo avere messo a punto in équipe le strategie assistenziali più efficaci, mediare l'intervento sul paziente.

Un ascolto attento ed una osservazione sensibile può far mettere a fuoco tutti quegli elementi che indicano un disagio particolare nell'adattarsi alla malattia.

In generale è importante interrogarsi su come si può aiutare il paziente nella presa di coscienza dell'esperienza che lo aspetta. I dati clinici dimostrano che se si offre ad una persona l'opportunità reale di confrontarsi con la propria condizione, e si incoraggia la manifestazione dei sentimenti, essa progredirà verso una piena realizzazione della situazione, senza soffrire angosce e disperazioni opprimenti.

7.4.3 LA REAZIONE DI PAURA

Nei confronti di questa manifestazione del paziente anche dal punto di vista comunicativo, seguendo le regole 5, 14, 15,18, 24 e 26, gli obiettivi potrebbero essere:

1. Incoraggiare il paziente a verbalizzare le sue fantasie ed a manifestare liberamente le emozioni.

2. Prestare attenzione ai termini che il malato usa per descrivere i sentimenti, e il grado di sopportazione che esprime.

3. Accettare le sue modalità espressive.

4. Costruire atteggiamenti di accettazione nei confronti di modalità aggressive.

5. Avviare un confronto positivo quando il paziente è pronto a prendere posizioni più adeguate.

6. Incoraggiare la presenza ed il conforto da parte dei familiari.

È facile comprendere come l'angoscia e l'ansia di una persona affetta da una malattia a prognosi infausta, possa scoraggiare inconsapevolmente ulteriori riferimenti alla sua condizione, o dare per scontate le ragioni personali del morente.

È opportuno permettere al paziente di parlare liberamente: se riferisce di sentirsi terrorizzato all'idea di morire, invece che rispondere frettolosamente "sì, capisco" e cambiare discorso, ci si può sedere accanto a lui e sollecitarlo a parlare, o rispondere con un comportamento non verbale di attenzione ed ascolto.

Il comportamento non verbale può essere più eloquente di tante parole.

È impossibile trovare delle formule giuste in assoluto, indipendentemente da ciò che vive e sente il paziente.

Una formazione adeguata, una capacità di ascolto empatico, la conoscenza di se stessi ed il credere nelle proprie capacità sono tutti ingredienti essenziali per comprendere il momento in cui è più opportuna una pausa di silenzio, un sorriso, prendere la mano, incoraggiare, distrarre.

Le emozioni, che accompagnano l'evoluzione della malattia grave, sono soltanto un'espressione del faticoso tentativo di elaborare l'idea della morte.

Alcuni pazienti sollecitano costantemente atteggiamenti di vicinanza e cura che mascherano una angoscia incontrollabile.

Si può comunicare comprensione dicendo semplicemente: “sento che è molto difficile sopportare questa situazione”, favorendo al morente la possibilità di esplicitare le proprie paure.

Altri malati si mostrano particolarmente riservati e chiusi. Non bisogna farsi intimidire da un atteggiamento che forse esprime il senso di

umiliazione per aver perso il controllo delle proprie funzioni, o il disagio di sentirsi dipendenti.

Un atteggiamento dolce e discreto può favorire una maggiore familiarità e la disponibilità ad un dialogo più aperto. Molte paure possono essere sollevate dall'incoraggiare la famiglia a stare attorno al paziente senza limiti particolari di orari.

7.4.4 LA DIMENSIONE DELLA PERDITA

La dimensione della perdita può non necessariamente riguardare la morte, ma anche parte delle proprie funzioni corporee e d'organo; in tali casi, seguendo le regole 8, 15, 16, 27, gli obiettivi potrebbero essere:

1. Mostrare disponibilità a confrontarsi con temi e fantasie depressive.
2. Facilitare l'espressione emozionale del dolore e della disperazione.
3. Sostenere la famiglia che si confronta con l'esperienza vissuta dal congiunto.
4. Riconoscere l'adeguatezza delle emozioni e delle convinzioni evocate dalla morte.
5. Evitare di parlare delle proprie angosce o di quelle degli altri, per consolare il malato.

Questa fase mette in crisi familiari ed operatori, chiunque non abbia avviato un confronto con i sentimenti che la morte evoca, con i limiti del proprio ruolo, con il senso di impotenza nell'assistere una persona disperata o indifferente. Non sempre l'aiuto al malato comporta il ritorno alla sua serenità: accetteremo la nostra temporanea sconfitta e non lo obbligheremo alla commedia, per lasciarci credere che sta meglio.

Permettere al malato di comunicare anche le sue angosce più disperate significa, indirettamente, mostrargli che il dolore, la sofferenza, il senso di solitudine, possono essere condivisi e sopportati.

Il passaggio dalla negazione alla coscienza della morte inevitabilmente implica l'atteggiamento introspettivo e i contenuti della depressione.

Le speranze e gli incoraggiamenti irrealistici, più che un aiuto, rappresentano un modo per difendere se stessi dal confronto con la sofferenza.

7.5 CONSIDERAZIONI

Le regole esposte permettono di risolvere gli aspetti deficitari, in ordine alla comunicazione infermieristica con la persona ricoverata in ambito chirurgico, emersi dall'analisi dei questionari raccolti. Insieme agli obiettivi descritti rappresentano una combinazione di approcci nelle relazioni interpersonali che dovranno poi essere declinati nelle diverse situazioni e per ogni tipo di utente con il quale ci si rapporti.

La facilità della comprensione e dell'applicazione nelle normali attività svolte dall'infermiere e l'immediato riscontro positivo che ne deriva, rappresentano alcuni dei vantaggi rispetto ad altre metodiche, forse più difficilmente attuabili, a causa della dicotomia tra teoria e pratica.

Comunque l'abilità di stabilire una comunicazione finemente modulata e di attenersi alle regole migliora con la pratica. Con il tempo, con l'applicazione e con l'esperienza le regole potranno alla fine diventare parte integrante della comunicazione terapeutica e delle relazioni quotidiane che caratterizzano l'assistenza infermieristica.

CONCLUSIONI

Al termine del lavoro svolto, ritengo importante ripercorrere, innanzitutto, le varie tappe che mi hanno permesso di convalidare quanto affermato inizialmente: dalla mia esperienza di tirocinio è risultato che la comunicazione infermiere - paziente, soprattutto in ambito chirurgico, è scarsa e inadeguata.

Tale considerazione è stata supportata da due serie di dati:

- la percezione degli infermieri, che ha evidenziato il divario tra conoscenze teoriche possedute e loro applicazione pratica, divario determinato dalla mancanza di tempo e di personale, dal carico di lavoro elevato, dalla scarsa motivazione e da una inadeguata formazione in merito;
- la percezione dei pazienti, che ha reso manifesta la carenza di alcuni aspetti fondamentali nella relazione infermiere- malato/utente.

Il successivo approfondimento teorico, l'analisi della normativa vigente in materia e dei modelli di riferimento hanno confermato l'importanza di una comunicazione efficace con il malato. Pertanto ho presentato una delle possibili soluzioni al problema: l'adozione di alcune "regole" per una

valida ed autentica comunicazione terapeutica, che gli infermieri potrebbero mettere in pratica non solo al fine di soddisfare le richieste dei pazienti, ma soprattutto per operare con un nuovo stile, più umano e più appagante per entrambe le parti.

Preparazione, disponibilità, conoscenze scientifiche approfondite, aggiornamento, studi e ricerche costituiscono gli elementi per avvicinare con rispetto la dimensione più profonda della persona malata e permettono di attuare un'assistenza sempre più di qualità.

Tali regole sono applicabili però in ogni realtà operativa, a prescindere anche dall'ambito organizzativo in cui si svolge l'assistenza infermieristica, sia esso suddiviso per compiti oppure per piccole équipes.

A questo lavoro manca, purtroppo, la fase di sperimentazione delle suddette regole, che permetterebbe di confermarne l'efficacia nell'attività pratica. Peraltro potrebbe essere uno strumento di riflessione sull'importanza di una valida relazione con il paziente in ogni ambito assistenziale, in particolare in quello chirurgico; inoltre, potrebbe rappresentare un punto di partenza per il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Infine, voglio ricordare la premessa che è al centro di tutto il mio lavoro, e che ritengo come sintesi essenziale di esso: la piena efficacia dell'applicazione delle "regole" sopra ricordate si ottiene solo a partire da quegli atteggiamenti personali, più volte sottolineati in questo lavoro, e che, in ultima analisi, sono la concreta manifestazione di apertura al "mistero" che è in ogni persona, con tutte le sue possibilità di progredire o di regredire, ma comunque capace, se vuole, di andare oltre se stessa per incontrare profondamente l'altro, a motivo della comune umanità che è in ognuno di noi.

“Il rapporto infermiere - paziente è l'esperienza di due persone che talora compiono degli errori, sono confuse, si stancano, si sentono insicure ma, nonostante tutto, continuano ad avere la capacità di restare importanti l'una per l'altra”⁸⁰.

⁸⁰ Ibidem

RINGRAZIAMENTI

Rivolgo un sentito ringraziamento alla Prof. Lorenza Manganini per avermi seguito in questi tre anni spronandomi e incoraggiandomi e per la sua attenta e rigorosa collaborazione nella stesura di questa tesi.

Ringrazio inoltre la Prof. Angela Pacciani per l'aiuto nella stesura del questionario, parte fondamentale del lavoro.

Un grazie anche a tutti i pazienti e agli amici che si sono resi disponibili con grande sollecitudine e precisione per la compilazione dei questionari, in particolare ad Anna, fonte inesauribile di informazioni, grazie alle sue innumerevoli e continue operazioni chirurgiche.

Voglio infine ringraziare la mia famiglia, a cui questo lavoro è dedicato, per avermi sempre sostenuta ed aiutata, soprattutto nei momenti di difficoltà, che, altrimenti, non avrei potuto superare.

Grazie per aver creduto in me.

GLOSSARIO

Ansia: può essere descritta come la reazione (prevalentemente a livello emotivo) che segue la percezione di un pericolo all'integrità dell'io. Più precisamente, può essere vista come una struttura affettivo-cognitiva diffusa, consistente in un circuito negativo caratterizzato da un affetto negativo, da un'impressione di imprevedibilità e di incontrollabilità degli eventi interni ed esterni, e da cambi disfunzionali di attenzione. Da un lato l'ansia è come la destrutturazione dell'esperienza, ma dall'altra solo al limite è destrutturazione completa e quindi i vari gradi di organizzazione e di strutturazione accompagnano e definiscono diversi stadi di sviluppo come base di diversi gradi o tipi di ansia.

Arresto (dello sviluppo): in contrasto con la regressione, è la situazione in cui il soggetto non ha potuto svilupparsi e quindi acquisire quelle caratteristiche o strutture proprie a stadi più differenziati e integrati. Pedagogicamente, le circostanze possono indicare se sia più facile o più difficile svilupparsi nel caso di un arresto o di una regressione.

Assoluto: alterità dalle caratteristiche non solo relative (oggetti, persone umane) ma che siano valore sotto tutti gli aspetti e non tale per alcuni versi e altri no. Tutti noi aspiriamo all'assoluto (senza dare al termine un significato religioso). Se non lo troviamo, ce lo creiamo, attribuendo a una realtà relativa il carattere di perfezione che non le appartiene.

Capacità diagnostiche: rappresentano un modo di raffigurare l'ambiente secondo un criterio di finalizzazione operativa. In altre parole costituiscono nel loro insieme un percorso di trattamento dei dati della realtà lavorativa che risulta finalizzato alla realizzazione adeguata del compito.

All'interno di questa grande categoria rientrano:

- attività di prelevamento dell'informazione (esplorazione, ricerca, osservazione, monitoraggio, misurazione, percezione, cernita, ecc.);
- attività di analisi dell'informazione (decodifica, classificazione, inferenza/deduzione, generalizzazione, ragionamento, definizione, comparazione, ecc.);
- attività di rappresentazione (elaborazione di schemi, modelli, immagini, ecc.);
- attività di memorizzazione (stoccaggio e richiamo).

Tali abilità hanno un ruolo cruciale per l'espletamento di un compito perché consentono di pianificare e guidare le risposte del soggetto, ossia le modalità con cui i vari problemi lavorativi vengono affrontati, partendo dalla semplice raccolta di informazioni dell'ambiente alla loro organizzazione; in tal senso le rappresentazioni mentali o immagini operative sono il risultato concreto della capacità diagnostica del soggetto.

Capacità operative : le capacità operative o di fronteggiamento rappresentano le modalità adottate da un soggetto per affrontare un determinato compito e/o problema. Con il termine affrontare ci si riferisce all'insieme di abilità che, integrandosi con quelle diagnostiche e relazionali, permettono al soggetto di intervenire su un problema con migliori probabilità di risolverlo. Dal confronto tra le rappresentazioni mentali dell'oggetto e le rappresentazioni relazionali è probabile che il soggetto definisca il grado di investimento con cui intende giocare-giocarsi sul problema e con quale coinvolgimento assuma le proprie responsabilità in ordine alle decisioni che il problema gli richiede di porre in essere. L'affrontare dunque è inteso come insieme di abilità che permettono l'implementazione concreta delle strategie d'azione individuate, più o meno consapevolmente dal soggetto per il raggiungimento degli scopi personali e per quelli previsti dal compito. Mettersi in relazione con e affrontare sono due capacità fortemente influenzate dalla capacità diagnostica del soggetto, che traducono in forma utile ed efficace i piani di azione precedentemente elaborati.

Capacità relazionali: la situazione in cui due o più persone entrano in interazione fra loro può essere definita in funzione dei processi che concorrono a determinare i comportamenti messi in atto in quella specifica situazione di chi propone di sé un'immagine, fornisce informazioni, esprime opinioni. Relazionarsi ad altri implica quindi far riferimento ad una complessa gamma di variabili e di processi che concernono le modalità attraverso le quali si stabilisce un rapporto con qualcuno. Le relazioni quindi sono indispensabili per la soluzione di un compito.

Le categorie che meglio definiscono tale capacità sono le seguenti:

- analizzare la situazione;
- definire un obiettivo realistico;
- individuare strategie operative appropriate;
- controllare il proprio comportamento;
- influenzare il comportamento dell'altro;
- sottoporre a verifica il proprio comportamento e quello degli altri.

Il possesso di queste abilità caratterizzerà in positivo i comportamenti messi in atto nelle relazioni interpersonali. Leggere in modo adeguato la situazione, percepire le richieste dell'altro e gli obiettivi ci aiuta ad individuare le circostanze cui occorre prestare attenzione quando si vuole raggiungere un obiettivo realistico. Un controllo consapevole e intenzionale del proprio comportamento consente più facilmente di fare ciò che occorre per il raggiungimento dell'obiettivo. Interagire con gli altri vuol dire soprattutto influenzarsi a vicenda. Il monitoraggio permette di tenersi al corrente circa ciò sta succedendo e introduce tutti gli aggiustamenti necessari.

Affinare le proprie abilità interpersonali non è sempre facile. Come accade per l'acquisizione di ogni abilità, anche in questo caso è richiesto uno sforzo per divenire consapevoli di come ciascuna abilità è messa in atto. Le relazioni interpersonali sono dunque, anche se a differenti livelli, situazioni problematiche; importante è pertanto lo sviluppo di strategie che siano efficaci nella soluzione di problemi. Avere rapporti positivi con gli altri deriva da molte abilità cognitive, che includono la capacità di fare

progetti, di considerare le conseguenze delle proprie azioni e di riflettere sulle soluzioni alternative ai problemi interpersonali.

Carattere: l'apertura limitata della nostra sfera di motivazioni considerate nel loro insieme; oppure anche la chiusura o la ristrettezza dell'insieme dell'animo, la cui umanità è costituita dall'apertura. Da un lato il carattere interessa l'aspetto ontologico dell'essere umano, la persona, e dall'altro quello più psicologico, la personalità.

Competenza professionale: per competenza s'intende "ciò che, in un contesto dato, si deve saper fare (abilità) sulla base di un sapere (conoscenze), attraverso atteggiamenti che suppongono la capacità di apprendere autonomamente nella misura in cui gli uni e l'altra sono riconducibili ad elementi verificabili." (D'Alfonso R., 1999). In ambito formativo Pellerey (1983) definisce la competenza professionale come "l'insieme strutturato di conoscenze, capacità e atteggiamenti necessari per svolgere un compito". Più recentemente Quaglinò (1990) definisce la competenza "la qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità e abilità, doti professionali e personali". È importante evidenziare che in entrambe le definizioni, seppur in modo diverso, la competenza non è descritta solo in termini di sapere (conoscenze) e saper fare (capacità), ma fa riferimento anche a caratteristiche personali e individuali. Ogni competenza è quindi formata da un mix equilibrato di sapere, saper fare e saper essere. Mentre il sapere è costituito dall'insieme delle informazioni e delle nozioni, sia di tipo generale che tecnico, possedute dal soggetto, il saper fare è la capacità di metterle in pratica attraverso abilità manuali o concettuali, orientate allo svolgimento di uno specifico compito. Altre capacità "residuali" (Bresciani 1988) rispetto alle precedenti e assieme ad esse essenziali al concreto svolgimento di un compito costituiscono il saper essere. Si tratta di metaqualità (Quaglinò 1985), ossia di quelle caratteristiche personali del soggetto e di quei processi psicologici e sociali che concorrono all'efficacia di un comportamento professionale. Sapere, saper fare e saper essere interagiscono tra di loro modellando una professionalità che aderisce alle situazioni di lavoro. Esse si alimentano a vicenda nei processi di apprendimento e danno luogo ad un processo circolare di un continuo feedback di correzioni e aggiustamenti a ad ulteriori processi di autoapprendimento. Per cui competenza potrebbe equivalere alla assunzione di comportamenti corretti in ordine a determinati compiti nelle interazioni con altri e con l'ambiente. È inoltre importante evidenziare che l'attuale orientamento sulla questione delle competenze si va sempre più spostando dalle azioni alle persone, e ciò in ordine ai nuovi modi di lavorare entro l'azienda. Si è, infatti, passati da un'organizzazione dei processi lavorativi verticale e gerarchica ad una organizzazione orizzontale e cooperativa che richiede nuove attenzioni nei confronti delle competenze. Quindi, le interazioni, le motivazioni, le attese, gli atteggiamenti, i tratti della personalità costituiscono il punto di maggiore attenzione rispetto ai concreti *savoir faire* che, se pure importanti, pare non siano più determinanti ai fini dell'apprezzamento e della valorizzazione dell'operatore.

Conoscenze: rappresentano l'insieme dei saperi intesi come contenuti, teorie, concetti, principi, termini, regole, tecniche, metodi acquisiti dal soggetto nei diversi contesti di appartenenza (scuola, famiglia, lavoro,...). Sono, quindi, un'insieme di proposizioni e di procedure interiorizzate e ancorate in una struttura cognitiva, generali e specifiche rispetto ad un contesto sociale o disciplinare. In ogni prestazione lavorativa vengono richieste conoscenze di tipo generali (padronanza della lingua italiana, lingue, informatica,...); tecnico professionali a seconda della figura professionale e di contesto (organizzazione aziendale, processo, tecnologie di produzione, prodotto, ...).

Capacità: capacità, abilità nell'uso quotidiano tali termini risultano equivalenti. Se però si fa riferimento alla situazione lavorativa qualche specificazione è opportuno farla. Oggi si sente parlare spesso di nuove abilità presenti nelle prestazioni lavorative, necessarie per affrontare le richieste del mondo del lavoro. Si tratta di nuove abilità, nel senso che in passato non venivano considerate nei processi lavorativi. I motivi di questo cambiamento sono riconducibili da una parte allo sviluppo e diffusione di nuove tecnologie che hanno determinato radicali mutamenti in numerosi compiti lavorativi e funzioni organizzative dall'altra allo sviluppo scientifico di alcune discipline che pongono l'attenzione sui processi psicologici e psicosociali che preparano alla prestazione lavorativa. Ogni prestazione è caratterizzata quindi da richieste dell'ambiente, da capacità del soggetto e dalle strategie o metodi del soggetto per mettere in relazione richieste e capacità. L'abilità è dunque mettere in atto strategie efficienti per collegare capacità e richieste. Mentre le capacità concernono un sapere, un conoscere il che cosa (il contenuto), l'abilità.

riguarda il come. Essa rappresenta quindi un saper scegliere un metodo, un saper integrare diverse capacità e per questo deve essere flessibile e modificabile.

L'Isfol, in una ricerca del 1996, individua tre livelli di abilità nell'ambito della formazione di base:

- a) abilità di base: riferite a conoscenze non specifiche della qualifica, ma ritenute essenziali per il soggetto in formazione. Esse si dividono in abilità di base tradizionali (leggere, scrivere, far di conto) e abilità di base nuove (conoscenze dei nuovi linguaggi, conoscenza di elementi di informatica, economia, inglese,...);
- b) abilità tecnico-professionali: direttamente connesse alla qualifica, generalmente distinte in teorico-tecniche e pratico-applicative;
- c) abilità trasversali: correlate a quell'insieme di competenze utili per il comportamento lavorativo efficace (diagnosi del contesto, comunicazione, fronteggiamento, problem solving, autoapprendimento,...). Nella ricerca Isfol le competenze trasversali vengono strutturate in alcuni grappoli di verbi e precisamente: diagnosticare, relazionarsi, affrontare. All'interno di ogni mappa vengono poi evidenziate ulteriori operazioni che arricchiscono l'interpretazione delle competenze proposte.

Comune umanità: arrivati nella zona della soggettività più originale del cliente, ci si accorge che questa interiorità non rivela solo la soggettività del suo portatore, ma parla di ciò che si trova nell'umanità in quanto tale, la quale – universale ed unica – viene soggettivizzata in molteplici forme dai singoli individui. Più andiamo nel profondo delle

nostre differenze e più ci troviamo uguali. Ogni soggetto ha un suo modo di vivere, ma ogni problema soggettivo è riconducibile all'unico problema ontologico del cuore umano alle prese con la sua circolarità progressiva e regressiva, con la sua dialettica di base, con le sue forze di "espansione" e di "restringimento". In versioni infinite, con sfaccettature originali e singolari, ritroviamo nelle dinamiche individuali l'identica dinamica dell'unico cuore umano: la ricerca appassionata di un bene che sia davvero tale, totale e integrale, e la concomitante tendenza a impoverirlo, rovinarlo, se non a volte a privarsene del tutto. Ogni persona, con contenuti suoi, con esperienze da altri irripetibili, parole originali... si fa interprete della comune umanità che è in tutti: ricercare qualcosa di totale e con la stessa caparbia, impoverire questa ricerca, renderla più faticosa, quasi che si abbia paura di godere senza contaminazioni e stonature un bene nella sua integralità e totalità. È tipico dell'interiorità umana sciupare un bene che pure essa desidera fino in fondo.

Dialettica di base: nell'operare umano non c'è solo la logica dell'avanzamento, ma anche quelle dell'arresto e della regressione. Questa varietà di possibili comportamenti segnano la realtà dell'uomo come mistero. L'uomo può ricercare solo ciò che è importante in relazione a lui, fermandosi a oggetti particolari e immediati, senza aprirsi al bene in sé o a oggetti più universali. In questo caso, le operazioni ruotano attorno all'io che diventa soggetto e oggetto della ricerca. La ripetitività dell'agire diventa circolarità e non progressione verso uno scopo. La spirale si trasforma in un cerchio chiuso. Le operazioni dicono la volontà di trovare un fine che, tuttavia, può rimanere chiuso nell'orizzonte dell'io personale.

Per questa sua contraddittorietà ontologica, l'uomo è una singolarità insoddisfatta: come può darsi da solo unità? La soluzione è fuori dalla sua portata. È incapace di venire a capo di ciò che comincia. Tale distanza indica che la sua psiche è un punto di partenza, un inizio, che reclama sviluppo e progressione.

Differenziazione/Integrazione: la realtà della persona come mistero comporta la presenza di possibilità innumerevoli, di potenzialità che tendono ad attuarsi, sempre entro certi limiti, in modi diversi. Per esempio, un insieme di esperienze diverse e molteplici possono richiedere ad un certo punto di far corrispondere meglio alla loro varietà l'immagine di sé e del mondo che la persona si fa (la differenziazione evoca l'integrazione). Il processo di integrazione si riferisce alla possibilità di integrare questa varietà in un insieme coordinato e più sviluppato del precedente.

Struttura: unità caratterizzata da certe regole che governano le relazioni, e quindi da una funzione stabile. Caratteristiche della struttura sono stabilità e permanenza relative, intendendo struttura come qualcosa attraverso cui una funzione è espletata e che ha un ritmo di cambiamento relativamente lento in paragone ad altri processi.

Dimensioni: si possono concepire come livelli di funzionamento motivazionale derivante da certi tipi di configurazioni strutturali operanti nel quadro di una certa finalità o orizzonte. C'è quindi una analogia con gli stadi. Ogni dimensione costituisce

un sistema di forze motivazionali. Formalmente costituito, ognuno di questi sistemi non è esclusivo nel senso che può coesistere nella stessa persona, con altre dimensioni.

La *prima* dimensione esprime le forze motivazionali coscienti e libere e l'orizzonte prevalente è quello di ideali, valori, teocentricamente autotrascendenti.

La *seconda* dimensione esprime le forze motivazionali non solo cosce e libere, ma anche quelle subconscie, in un orizzonte dove insieme agli ideali teocentricamente autotrascendenti sono presenti ideali come valori naturali, non sempre coordinati e in armonia con i primi.

La *terza* dimensione esprime forze motivazionali subconscie o comunque meno libere, in un orizzonte di prevalenti ideali come valori naturali e finalizzati ad un sé limitato rispetto all'autotrascendenza.

Empatia: la capacità di partecipare, rivivendola in sé, l'esperienza altrui. Oppure: "quella capacità negativa quando la persona riesce a stare nelle incertezze, nei misteri, nei dubbi senza l'irritante ricerca di fatti e ragioni" (J.Keats, *The letters of John Keats*, vol I, a cura di H.E. Rollins, Cambridge 1958). Nello sviluppo l'importanza della risposta empatica da parte delle figure educative, con i limiti e le riserve che comporta, interessa sia la relazione che l'equilibrio delle forze affettive, la ricerca cognitiva e lo sviluppo del sé.

Interiorità: forza che nasce dall'intimo dell'uomo che lo abilita a operare secondo regole date dall'assoluto, esterno all'uomo. L'interiorità di sé si ottiene attraverso la mediazione di un altro. In questo senso il punto unificatore è fuori dell'uomo: l'identità di sé è raggiunta relazionandosi all'assoluto.

Linee guida: sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere il personale sanitario e le persone assistite nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Sono strumenti meno rigidi dei protocolli in quanto sono di ausilio alla decisione clinica, che viene comunque lasciata al professionista. Si presentano come una sintesi delle informazioni scientifiche disponibili valutate criticamente secondo principi condivisi dai professionisti

Metodo genetico: tende ad individuare le regole e le leggi che collegano i vari livelli di comprensione e di significato. Gli stadi non sono allora soltanto diversi ed opposti, ma connessi e correlati da una sequenza 'genetica' (cfr. *sviluppo*). Non sempre realizzato, esso resta il quadro metodologico che meglio orienta gli studi sullo sviluppo.

In senso più specifico, il *metodo psicogenetico* è quello che interpreta il presente anche in relazione e in funzione del passato. Non si tratta semplicemente di riferire il presente al passato ma di render conto di come certe domande, conflitti o ansie hanno ricevuto in passato certe risposte o soluzioni che tendono a permanere a volte in modo irrealistico, rigido e costrittivo.

Mistero: la parola di origine greca, deriva dalla radice verbale di *myéo* che etimologicamente significa ‘chiudere’ (cf. i nostri aggettivi derivanti dallo stesso etimo: ‘muto’ dal verbo *myáo* e miope dal nome *myóps*), esso viene spiegato fin dall’antichità nel senso esoterico di cose udite che non è possibile raccontare ad altri, e dal suffisso – *terion* che alludeva originariamente ad un luogo chiuso e accessibile solo a determinate condizioni. Nella tradizione ebraica cristiana invece il termine ha sempre avuto un significato diverso: il passaggio da una situazione ad un’altra in uno schema di rivelazione articolato in nascosto-manifesto. A una fase di nascondimento segue quella della rivelazione (espressa principalmente da tre verbi disvelare, manifestare, far conoscere) e poi quella della sua diffusione a tutti. Diversi possono quindi essere i significati associabili a questa parola, con la conseguenza concreta di possibile confusione. Mentre i misteri ellenistici sono per definizione ‘indicibili’ quelli cristiani non sono mai esoterici: alla disciplina dell’arcano si oppone l’annuncio. Nel quadro della visione della persona come mistero il secondo significato è quello proprio: mistero è qualcosa di nascosto che può essere sempre più conosciuto/manifestato, gradualmente, senza mai cessare di essere tale. C’è in esso una dimensione di inesauribilità, si tratta di uno spazio immenso in cui siamo immersi e che siamo chiamati a scrutarne per quanto possibile, secondo le nostre capacità, la larghezza e la lunghezza, l’altezza e la profondità.

Nessi essenziali: sono relazioni invarianti che collegano diversi fatti psichici. Si tratta di nessi ontologicamente derivati dalla natura umana, imposti per così dire dalla peculiarità del dato studiato che non è un semplice fatto meccanico, ma un dato umano. Le relazioni invarianti esistono indipendentemente dalle diverse teorie psicologiche. Sono le manifestazioni empiriche nelle quali si concretizza la struttura ontologica, inalterabile, costante e invariata per ogni uomo. Parlano dell’oggettiva essenza dell’uomo. Sono il riflesso dell’uomo come mistero, segnato dalla dialettica di base. Sono nessi universali e componenti oggettivi della natura umana. Ci dicono: è così e non può che essere così perché così l’essenziale umanità definisce se stessa: l’uomo è davvero un essere aperto all’assoluto e tentato dal relativo; c’è sempre la connessione trasgressione – colpa; l’autorealizzazione è l’effetto non intenzionale della trascendenza (cioè la legge del successo autentico è una e sempre quella); gli ideali irrealistici sono fonte di false aspettative, che non avverandosi creano frustrazione (è la dimostrazione in negativo che la natura umana è aperta ai valori e non alle illusioni); le combinazioni conscio – inconscio cambiano ma tutte ci parlano della ontologica fallibilità della natura umana.

Oggetto/ oggettività: in senso lato e generale, oggetto è quanto si distingue e oppone al soggetto. L’oggetto costituisce quell’alterità, che la conoscenza e la libertà superano mantenendola. In questo senso oggettività e soggettività non si oppongono semplicemente: se la realtà oggettiva, proprio per il suo valore di alterità non può essere ridotta alla soggettività, l’oggettività non si oppone puramente alla soggettività. L’oggettività in questo senso è il frutto di una soggettività autentica. *Immediati*, quelli che risultano dalle operazioni dei sensi e dalla percezione, l’essere qui o là, adesso.

Mediati, quelli che risultano da operazioni che fanno uso di significati. L'oggettività non è solo quella 'positivista' che si basa e si misura con i sensi, ma quella che risulta dalle corrette operazioni della mente umana capace di verità, e al limite della verità assoluta.

Parametro: è una costante all'interno della quale c'è variabilità. Nel mistero umano coesistono la componente di immutabilità e la componente di mutabilità. I tre parametri: alterità, temporalità e stadi, intendono mediare tra il mistero dell'uomo considerato nella sua realtà antropologica, fondamentalmente universale, onnipresente e, nello stesso tempo irriducibile al dato specifico, e la varietà delle configurazioni concrete, che derivano da osservazioni ottenute dalla psicologia dello sviluppo.

Protocollo: indica, in senso generale, un pre-definito schema di comportamento diagnostico, terapeutico, assistenziale, ecc.. Ci si riferisce ad una sequenza di comportamenti assai ben definiti come avviene all'interno di un programma di ricerca clinica (non a caso si parla di protocollo di ricerca). E' uno strumento piuttosto rigido di esplicitazione delle linee di comportamento ritenute ottimali. Ad esempio il protocollo per la rianimazione di un paziente che ha subito un arresto cardiaco.

Regressione: il processo con cui la persona che ha raggiunto stadi relativamente avanzati di sviluppo, tende a sperimentare ma soprattutto ad operare secondo la logica, la dinamica e la finalità di stadi più primitivi. La regressione è anche considerata un processo o meccanismo di difesa. È normale se segue le caratteristiche generali della normalità, il realismo, la libertà e la funzionalità al vero bene della persona.

Religioso: tendenza umana che richiede l'elemento di libertà. Non è genuina senza l'offerta libera di sé, fatta in una logica di amore. Spirituale e religioso non sono la stessa cosa. Si distinguono nel punto della libertà. L'esperienza spirituale è necessitante, pre-personale, e anche intellettuale. L'assoluto è venerato, idolatrato, ma non per questo amato. L'esperienza spirituale è gerarchicamente inferiore: in essa necessità e venerazione prevalgono sulla libertà-donazione che caratterizza l'esperienza religiosa. Di natura più alta, l'esperienza religiosa è anche meno punitiva. Questa tendenza è un anelito naturale prima che intenzionale, è semplice tendenza (è un anelito che tuttavia non obbliga a essere seguito), è una tendenza a-specifica (tendere verso non si identifica con l'oggetto verso cui si tende: non Dio nell'uomo, ma l'uomo capace di Dio (non si tratta del Dio cristiano né quello inconscio ipotizzato da Frankl 1975), la tendenza può anche essere anticristiana (esperienza religiosa ed esperienza cristiana non si identificano).

Sé: implica essere autocoscienti o riflessivi; essere o avere un corpo; considerando i limiti del sé alla nascita e alla morte e sperimentando all'interno di questi, una continuità di identità; situarsi in una serie di generazioni e in una rete di altri sé interconnessi, come antenati, discendenti e parenti; essere in comunione almeno parziale con altri sé contemporanei pur sperimentando una irriducibile separazione e

identità; impegnarsi in imprese individuali e congiunte nel mondo con un certo grado di previsione e di riflessione; guidare quanto si fa e valutare quanto si è fatto con riflessione sul proprio operato; sentirsi responsabili, almeno in alcune occasioni delle proprie azioni e ritenere altri responsabili delle loro (M.B. Smith, *Encounter group and humanistic psychology*, in Back K.(a cura di), *In search for community: Encounter groups and social change*, Boulder Colorado, 1978, pp. 57 – 70).

Significato: è inteso come verità in quanto colta dal soggetto e divenuta orientativa rispetto alla realtà, al mondo, in cui il soggetto vive. Il significato è la realtà stessa, l'essere, in quanto manifestato al soggetto, ciò a cui la conoscenza rimanda, e che dà senso e direzione al soggetto conoscente. L'intelligibilità dell'essere fa sì che ogni conoscenza abbia un significato, anche se non sempre questo significato è il significato ultimo.

Soggetto: cfr *Sé*. Il soggetto e la soggettività non si oppongono di per sé all'oggetto e all'oggettività. Il soggettivismo è una distorsione della soggettività vera che comporta una sua oggettività, specifica, trascendentale. Lo sviluppo è il luogo in cui si costituiscono e si stabiliscono strutture e predisposizioni importanti per l'operare autentico o inautentico della soggettività. Il sé o io come soggetto costituisce una categoria irriducibile al sé o io come oggetto. Per questo un approccio positivista che opera all'interno di un approccio esclusivamente oggettivante, non riesce a cogliere la ricchezza del sé.

Spirituale: tendenza verso l'assoluto che ispira tutte le attività dell'uomo: essa traspare come una melodia di fondo dell'agire umano. Fra uomo e assoluto c'è una dedizione reciproca che è necessitante. La dimensione spirituale è previa alla libertà ed assecondata per disposizione naturale e non per decisione volontaria. Per natura l'uomo cerca l'assoluto: non se ne può allontanare e quello lo accompagna costantemente. Una ricerca per natura non può mai essere soppressa, né il suo oggetto dimenticato. Uomo e assoluto (prepersonale) si cercano. Fra i due esiste solo il sì, non il no: unione inestirpabile anche quando l'uomo vi opera contro, e, al massimo, riducibile ad un momentaneo silenzio, il che comporta un tormento che segnala (anche se non avvertito consciamente) che il no detto è impossibile, perché non concorda con il più intimo inevitabile sì. Da questo punto di vista ha una struttura simile alla comunicazione non verbale, la cui struttura logica manca della negazione. Il no è apparente e dà origine ad assoluti sostituti: i simboli di immortalità.

Stadio: un livello di funzionamento che deriva da una struttura qualitativamente diversa dalle altre. Lo stadio comporta caratteristiche strutturali/formali che più o meno implicitamente si riferiscono ad un fine. Lo stadio di sviluppo è sempre stadio di qualche cosa, di un 'contenuto': corporeo, emotivo, psicosessuale, interpersonale, o dell'io come valore in sé, dell'io come capacità di autotranscendersi. In questo senso gli stadi sono connessi e definiscono in modo più o meno stretto una caratterologia (cfr. anche *dimensioni*).

Standard: si fa riferimento a valori soglia (minimi o massimi) di un determinato indicatore o di frequenza di offerta di un certo servizio o, ancora, di performance per un determinato intervento. Ha assunto un valore normativo a cui si associa frequentemente un giudizio esplicito della qualità dell'assistenza. Ad esempio esiste un numero atteso (standard) di cadute dal letto dei pazienti: se lo si supera probabilmente l'assistenza o le norme di sicurezza in quel contesto non sono adeguate.

Subconscio: è la caratteristica di certi processi e di una certa esperienza psichica che non sono presenti alla coscienza attuale della persona. Il contenuto e il processo di questa esperienza può essere: *preconscio*, quando contenuti e processi possono essere portati alla coscienza attraverso ordinari mezzi razionali quali la riflessione, l'introspezione, l'esame di coscienza, la meditazione; *inconscio*, quando i contenuti psichici possono essere riportati alla coscienza solo attraverso un intervento pedagogico specifico, quale per esempio la psicoterapia.

Sviluppo: si può definire come acquisizione di nuove strutture o cambio da una struttura ad un'altra: dove struttura (configurazioni dinamiche) significa la regola fondamentale delle relazioni tra elementi. Tale acquisizione o cambio si attua in risposta alla tensione dovuta alla tensione dovuta alle trasformazioni operate dalla continua differenziazione e integrazione. La complessità dello sviluppo umano è dovuta al fatto che le varie strutture esprimono una realtà umana presente a livello somatico, psichico (affettivo, cognitivo, interpersonale) e spirituale.

Trascendenza: letteralmente, salire attraverso, andare oltre, passare i limiti. Spingere oltre gli orizzonti stessi dell'umanità. Dipende dalla fondamentale apertura, attraverso la conoscenza e la libertà, dell'essere umano sull'altro e sul ritrovarsi dell'essere umano in un altro. Se il ritrovarsi del sé si rivolge ad un'altra forma del sé, la trascendenza resta egocentrica; se si risolve nell'altro umano è sociale-filantropica; se si risolve in un Altro che è assoluto, Dio, è teocentrica.

BIBLIOGRAFIA

zzBassetti O., *“Educazione alla salute e cultura psicologica”*, volume 2, Emmebi Diffusione Editore, Milano, 1990;

zzBassetti O., *“Psicologia della salute e nursing”*, Emmebi Diffusione Editore, Milano, 1991;

zzCavicchioli A. et al., *“Elementi di base dell’assistenza infermieristica”*, volume 1, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1994;

zzCian L., *“La relazione d’aiuto”*, Editrice Elle Di Ci, Torino, 1992

zzCollegio IPASVI Milano - Lodi, *“Il nuovo contesto professionale”*, Milano, 2000;

zzDuxbury J., *“Il paziente difficile modalità di comunicazione”*, McGraw-Hill Italia, Milano, 2001;

zzGoleman D., *“L’intelligenza emotiva”*, BURRA Saggi, 1999;

zzImoda F., *“Antropologia interdisciplinare e formazione”*, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1997;

zzImoda F., *“Sviluppo umano psicologia e mistero”*, Edizioni Piemme, Alessandria, 1993;

zzMarriner-Tomey A., *“I teorici del nursing e le loro teorie”*, McGraw-Hill Italia Libri, Milano, 1996;

☞☞ Martini Carlo Maria, “*Effatà ‘Apriti’*”, Centro ambrosiano, Milano, 1990;

☞☞ Smith S., Duell D., “*L’assistenza infermieristica, principi e tecniche*”, Edizioni Sorbona, Milano, 1994;

☞☞ Watzlawick P., Beavin Janet H., Jackson Don D., “*Pragmatica della comunicazione umana*”, Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma, 1971.

EMEROGRAFIA

✍ Binotto L., *“Tra care e cure: l’importanza della comunicazione tra infermiere e paziente”*, Infermieri informati, notizie del collegio IPASVI di Vicenza, Numero 1/2002, p. 4-7;

✍ Motta P. C., Florian J., *“La relazione e la comunicazione con la persona assistita”*, Nursing Oggi, n.4/2000, p. 14-25;

✍ Savarese G., *“La comunicazione infermiere - paziente: una prospettiva relazionale”*, Quaderni del Dipartimento di Scienze dell’Educazione, vol. 7, Università di Salerno, 1997/1998

✍ Vanzetta M., Vallicella F., *“Il punto di vista dell’utente: come si misura e quanto costa misurarlo”*, Management Infermieristico, n.4/2000, p.13-18.

ALTRE FONTI

☞ Cortesia C., “*La preparazione del paziente all’intervento chirurgico*”,

1/06/2002

[http://www.med.unipi.it/endochir/preparazione del paziente all. htm](http://www.med.unipi.it/endochir/preparazione%20del%20paziente%20all.htm)

☞ Collegio IPASVI, “*Strategie assistenziali*”, 12/7/2002

<http://www.ipasvi.it/link/rivista/fn/fn%205-99/4IlterrenoF.htm>

☞ Foschino Barbaro M. G., “*Problematiche psicologiche e relazionali*”,

18/07/2002

[http://www.rinascita.it/associazioni/sipsot/curepalliative/infermiereemalato
grave.html](http://www.rinascita.it/associazioni/sipsot/curepalliative/infermiereemalato%20grave.html)

☞ S.A. “*Le dinamiche psicologiche*”, 26/11/2001

<http://www.breastnet.org/CapB/Aspetti.asp>

☞ Saiani L., Di Giulio P., “*La relazione di aiuto con il paziente e la
famiglia*”, 2/12/2001

<http://www.auslrn.net>