

Processi relazionali e Istituzioni sanitarie

Fernanda Cerignoli

6.1 Premessa

Le attività d'informazione e di comunicazione sono, in particolare finalizzate a: a) illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative, per facilitarne l'applicazione; b) illustrare le attività delle istituzioni e il loro funzionamento; c) favorire l'accesso ai servizi pubblici promuovendone la conoscenza; d) promuovere conoscenze allargate e approfondite sui temi di rilevante interesse pubblico e sociale.

Il Patto infermiere/cittadino recita: “ Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a :*Presentarmi* al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te. *Sapere.....Riconoscere.....Darti* *risposte.....Fornirti informazioni....Garantirti....Favorirti.....Rispettare....AiutartiIndividuare.....Insegnarti....Rispettarti....Ascoltarti.....Starti vicino...Promuovere.....Segnalare...*

L'infermiere è tenuto ad osservare leggi, decreti, codici e patti, ma spesso non è messo in condizioni favorevoli per tenere fede ai suoi impegni.

Come si possono gestire le molte cause che, in contesti sanitari, provocano cattiva comunicazione? Quali sono gli strumenti e le tecniche per rendere ottimale la comunicazione tra medici e pazienti, tra medici e colleghi, tra medici e infermieri, tra medici e parenti di pazienti e viceversa? Gli studi sperimentali riguardanti la qualità delle prestazioni in ambito

sanitario sono molti, non solo per l'aspetto diagnostico/terapeutico, ma anche per quanto riguarda l'attenzione all'aspetto relazionale tra il malato/paziente/cliente e il personale sanitario.

Porre l'attenzione sulla qualità delle caratteristiche dello scambio di informazioni, risulta essere un elemento essenziale, per erogare l'assistenza che possa soddisfare appieno l'utente.

Non è possibile pensare che i dati che gli operatori si scambiano tra di loro tarati da incomprensioni e fraintendimenti possano giungere al paziente/cliente chiari ed esaustivi.

Nello specifico della comunicazione tra operatori sanitari, c'è sembrato opportuno mirare al concetto di qualità, intesa come scambio di dati efficaci ed esplicativi, così da avere un punto di partenza per lo sviluppo e il miglioramento dell'assistenza.

In ambito sanitario la comunicazione riveste una notevole importanza, specie se si considera che molto spesso risulta, nelle singole realtà, essere un elemento trascurato, non solo da parte di singoli operatori, ma anche dalla componente organizzativa. Ciò non dovrebbe accadere, soprattutto se si tiene conto del fatto che in questi ultimi anni, è emersa una sempre maggiore ricerca di qualità delle prestazioni erogate al cittadino, quale cliente della struttura sanitaria.

L'aspetto qui trattato spesso viene lasciato in secondo ordine, in quanto si pensa che non vada ad influire sulla qualità globale dell'assistenza; anche se studi recenti dimostrano che i flussi informativi, il clima di collaborazione e di comunicazione efficaci, influiscano positivamente sull'erogazione finale dell'assistenza e sulla qualità percepita dai cittadini.

6.2 Caratteristiche della comunicazione

La prima peculiarità della comunicazione è: “ Non si può non comunicare”, la comunicazione ha una funzione sociale ed

è imprescindibile nella relazioni umane. Presuppone un insieme di regole e codici condivisi, è caratterizzata da un aspetto verbale rappresentato dalla parola, cui è associato il contenuto, ed uno non verbale, che spesso contiene il reale messaggio, la relazione. Gli scambi nella comunicazione possono essere simmetrici (sullo stesso piano) oppure asimmetrici (un soggetto tende a dimostrare di essere al di sopra dell'altro).

La comunicazione simmetrica porta ad un rafforzamento della relazione, quella asimmetrica alla rigidità .

La comunicazione "malata" è caratterizzata da una costante lotta per definire la relazione, mentre l'aspetto di contenuto passa in secondo piano.

In genere, alla base dei conflitti tra le persone c'è la convinzione che esista soltanto una realtà e che ogni opinione diversa dalla nostra dipenda dall'irrazionalità dell'altro.

La comunicazione è argomento complesso da definire, con valori associati molto importanti quando (in ambito sanitario) investe gli esseri umani (pazienti) che si trovano spesso in condizione di ansia, timore, disorientamento. Il paziente si trova al centro del processo comunicativo, rendendo necessario che gli operatori del settore medico/sanitario acquisiscano strumenti e metodi per attuare una buona comunicazione tra di loro e nei confronti dell'utente stesso.

Solitamente si spendono energie ed investimenti in attività misurabili ai fini produttivi, mentre ciò non accade per l'argomento trattato. Interessi finalizzati all'analisi di questa problematica sono limitati o assenti.

Agli occhi degli operatori sul campo, alcuni problemi organizzativi risultano di difficile soluzione per cause inspiegabili.

Questo comporta una disaffezione di tali operatori verso la struttura sanitaria e verso il lavoro stesso. In questo contesto l'operatore non inserito nei quadri dirigenti, non avendo cognizione dei criteri che guidano le scelte delle priorità, non comprende il motivo del disinteresse dei superiori e si sente scarsamente considerato.

Chi si occupa di gestione delle risorse umane, non può non considerare l'importanza di quest'aspetto, non può non tener sempre presente che le persone non sono un insieme indifferenziato d'individui.

Le persone in ambito di lavoro assumono connotazioni differenti: sono "clienti" (con possibilità di scelta), "risorse" (con un valore di scambio), "giocatori di squadra" (con ruoli specialistici) e membri di una famiglia (con valori etici radicati) o membri intercambiabili (di un gruppo di lavoro).

Ogni persona, professionista e non, ha le proprie variabili esigenze, motivazioni e capacità; questa diversità può rappresentare una criticità per chi coordina, gestisce e pianifica le attività svolte dalle persone, ma può allo stesso tempo essere una ricchezza se accolta come una sfida alla progettualità e gestita in modo consapevole e positivo.

È difficile sopravvalutare l'importanza della comunicazione per le aziende di questo inizio secolo. Basta guardare la giornata di lavoro di un manager per accorgersi che essa è quasi interamente occupata da occasioni di comunicazione: riunioni, teleconferenze, posta elettronica, workshop, convention.

La comunicazione non è più solo un mezzo per lavorare, ma coincide in maniera significativa con il lavoro stesso. Anche scendendo la gerarchia aziendale la situazione non muta molto. È significativo che gli operai contemporanei siano gli operatori dei *call center*, cioè lavoratori pagati per comunicare.

Chi opera in una qualsiasi delle grandi aziende mondiali vive immerso in un flusso costante di comunicazione: 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, riceve messaggi continui.

Vi è una connessione profonda tra la comunicazione interna e il vissuto del lavoro in tutte le sue forme (clima, appartenenza, attitudine al cambiamento).

È sorprendente come, nell'attuale era della comunicazione, vi siano ancora aziende improntate alla cultura della estrema riservatezza verso i propri dipendenti, dove il vertice non comunica e, a cascata, non comunicano i dirigenti e chiunque abbia responsabilità verso dei collaboratori.

Dunque, si può affermare che vi è un “livello zero” per le aziende che vogliono fare la differenza: avere una buona comunicazione interna. Cioè una comunicazione che fornisca a chiunque lavori per l’azienda gli elementi essenziali continuamente aggiornati su temi quali: organizzazione, strategia, mercati, cultura e valori, modalità di carriera e sistema premiante.

Una minima comunicazione interna corporate è ora anche prescritta alle aziende al di sopra di una certa dimensione dalla Direttiva europea n. 2002/14/CE , con la quale si istituisce un quadro generale relativo all’informazione e alla consultazione dei lavoratori. Al di là dei contenuti normativi di tale direttiva (prudenti e generici per non mettere ulteriori vincoli all’attività delle imprese), va rilevato che la comunicazione è in essa giustamente concepita come un presupposto per attivare una reazione condivisa alla pressione competitiva.

6.3 La comunicazione sanitaria

La comunicazione sanitaria si sta sviluppando negli ultimi anni, parallelamente ad altre discipline quali la psicologia della salute, la sociologia medica, la comunicazione biomedica, la medicina comportamentistica, ecc.

Si riferisce ad ambiti in cui si trattano argomenti riguardanti la salute, ambiti specifici, delicati, in cui le relazioni avvengono tra soggetti diversi per ruolo, cultura, conoscenze e ceto sociale. La relazione tra operatore sanitario e paziente è sempre molto complessa e strutturata sicuramente dalla patologia, più o meno grave del paziente.

Questo induce il cittadino ad “esigere” dagli operatori prestazioni di elevata qualità; questi a loro volta sono caricati di ansie e tensioni legate alle numerose problematiche soggettive e professionali /organizzative.

Gli attori che partecipano ed influiscono in modo determinante nelle relazioni, sono sostanzialmente tre:

- 1) i soggetti coinvolti;
- 2) il contesto;
- 3) le transazioni.

Questi, a seconda di come si interfacciano, possono dar luogo a buoni o pessimi rapporti.

6.4 Soggetti coinvolti

Sono rappresentati da tutti quelli che partecipano al processo di assistenza, diagnosi e cura. Medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, tecnici dei vari servizi ecc., ognuno stabilisce con l'altro una relazione.

I pazienti ed i loro familiari a loro volta avranno relazioni con il personale e la struttura. Dovranno adattarsi a situazione diverse, lontane dalle abitudini e dalla quotidianità, dovranno affidarsi ad altri senza avere la possibilità di scegliere l'operatore più conforme alle proprie esigenze.

6.5 Il contesto

È rappresentato dal luogo di cura, l'ospedale, ambulatorio, reparto di degenza, normalmente luoghi molto rumorosi, saturi di andirivieni di pubblico e personale sanitario, luci al neon, indicazione non sempre chiare dei percorsi; in sintesi, luoghi che sicuramente ostacolano i processi comunicativi anziché favorirli. Anche gli spazi strutturali assumono una certa importanza: spesso gli scambi di informazioni cliniche/terapeutiche tra gli operatori della salute avvengono nei corridoi dei reparti di degenza, in luoghi non dedicati, al letto del paziente o in ambienti disturbati e piccoli spazi che non

permettono la necessaria concentrazione e il mantenimento della privacy.

6.6 Transazioni

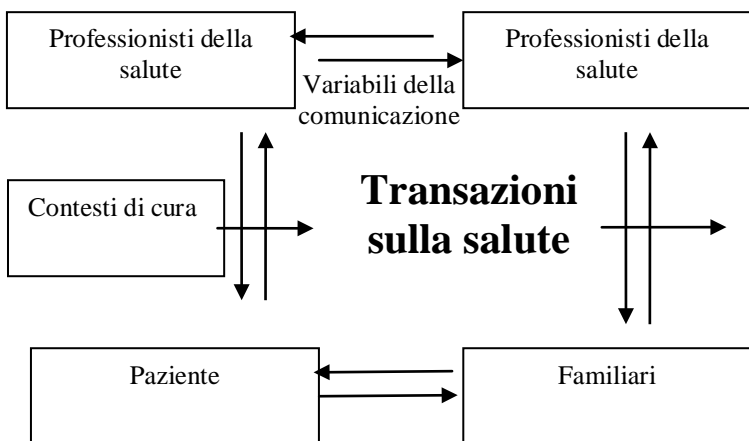
Rappresentano scambi bidirezionali tra gli esseri umani, non necessariamente solo verbali, ma possono anche essere non verbali. Al centro del modello di comunicazione sanitaria si trovano le transazioni sulla salute, sono rappresentate da una spirale senza fine, per sottolineare l'aspetto dinamico e interattivo caratterizzato dalle transazioni. Intorno alla spirale sono rappresentate le variabili che influenzano i soggetti coinvolti e i loro messaggi (v. Schema 1).

La transazione è uno scambio tra due persone, uno scambio di uno stimolo e una risposta tra specifiche parti della struttura della personalità (dette stati dell'Io).

Lo studio degli stati dell'Io è dato dall'analisi strutturale; ogni individuo è composto da tre stati dell'Io: parentale, adulto, infantile. Ogni volta che entriamo in relazione con qualcuno attiviamo uno o più stati dell'Io. La stessa cosa accade al nostro interlocutore. Questo determina la natura della relazione.

L'analisi transazionale studia i modi in cui gli stati dell'io di due o più persone possono interagire tra di loro dando luogo a molte transazioni.

Identificare, analizzare e cambiare le transazioni può essere un sistema per apportare dei cambiamenti nei processi comunicativi e conseguentemente nei rapporti interpersonali.



Schema 1: Un modello di comunicazione sanitaria (V.M.Borella *La comunicazione medico/ sanitaria* p.14)

6.7 Elementi essenziali nella comunicazione

1 L'empatia: Capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede l'altro, nei suoi significati più intimi e personali; sentire insieme all'altro, continuando a mantenere la propria identità. Possiamo sicuramente affermare che (sentire dentro) risulta essere nel campo sanitario un elemento necessario ed imprescindibile per il raggiungimento di una soddisfacente comunicazione. È necessario che l'atteggiamento empatico sia presente nell'operatore; questo aiuta la relazione. Entrare nel mondo percettivo dell'altro include il comunicare le nostre sensazioni.

Significa anche verificare con l'altro l'accuratezza del nostro sentire ed essere guidati dalle risposte che si ricevono. Essere con un'altra persona in questo modo significa lasciare da parte i nostri valori e giudizi per entrare nel mondo dell'altro senza veli.

2 La fiducia: altro elemento fondamentale nell'ambito medico sanitario. Se la fiducia sussiste, le relazioni saranno il più possibile aperte, prive di pregiudizi, i conflitti saranno ridotti al minimo e facilmente risolvibili.

3 L'apertura: condividere con altri informazioni su sè stessi, sembra provocare nell'interlocutore uno stato di benessere. In questo caso, alla relazione si assoceranno risposte positive (piuttosto che generatrici di conflitti).

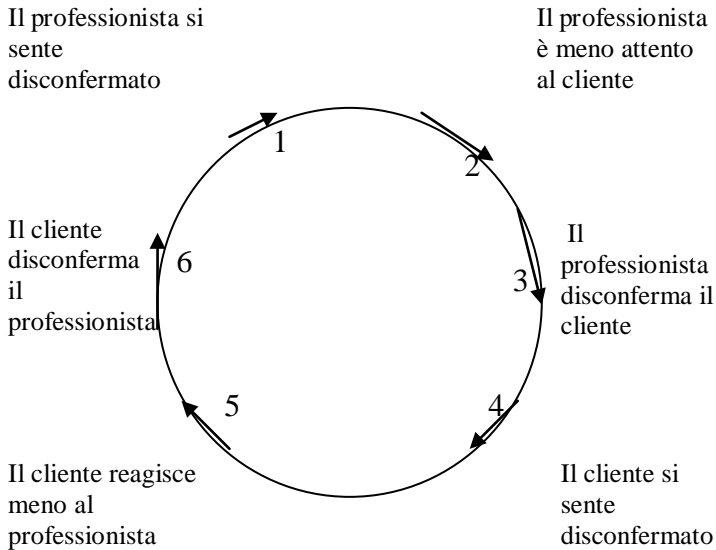
4 Conferma e riconoscimento: (v. schema 2) hanno notevole importanza perché riconoscono all'altro lo status di essere umano meritevole di cure ed attenzioni.

Renè Spitz ha rilevato da una ricerca che i neonati, privati di stimolazioni fisiche (da cui il termine carezze), tendano ad un declino fisico che li rende più vulnerabili alla malattia e anche alla morte.

Eric Berne, medico e psicoanalista, padre dell'analisi transazionale, ha rafforzato tale concetto scrivendo:

Si può sostenere che la mancanza di stimoli emotivi e sensoriali metta in moto una catena biologica che, attraverso uno stadio di apatia, giunge fino a stati degenerativi e alla morte. In questo senso si può dire che la 'fame di stimoli' ha la stessa importanza della 'fame di cibo'.

L'uomo ha necessità di appagare questa esigenza fin dalla nascita; soddisfarla o meno formerà per sempre la base della fiducia in sè stesso; di conseguenza si ripercuoterà nei rapporti con gli altri e nella professione svolta dall'individuo.



Schema 2 : Processo circolare di comunicazione di disconferma, mostra l'effetto negativo che ha sulla comunicazione tra professionista e cliente. (V.M.Borella *La comunicazione medico/ sanitaria* p.35)

6.8 Conclusioni

Negli ultimi anni il mondo sanitario è stato protagonista di molti cambiamenti e di profonde trasformazioni, di tipo culturale ed economico. Lo sviluppo della tecnologia, delle professioni sanitarie diverse da quella medica, l'invecchiamento della popolazione hanno fatto sì che il rapporto tra domanda ed offerta di salute subisse delle profonde trasformazioni, trovando gli operatori della salute impreparati e smarriti.

Il paziente culturalmente evoluto grazie ad Internet, esige un'offerta di salute qualitativamente elevata, e spesso si ritiene padrone della materia di pertinenza del professionista, creando in quest'ultimo un senso di frustrazione che pesa negativamente sulla relazione. Il problema della comunicazione è complesso, caratterizzato da molteplici aspetti, le transazioni, l'empatia, la fiducia, l'apertura, la conferma, il riconoscimento si intrecciano diversamente dando origine a relazioni umane/professionali significative tanto profonde quanto problematiche.

Nei contesti legati alla salute spesso la problematica non è considerata, nè dagli operatori, tantomeno dalle figure dirigenziali. Le condizioni di lavoro ed il clima in cui spesso sono costretti a lavorare medici ed infermieri, influiscono negativamente sui meccanismi relazionali, generando conflitti e conseguenti demotivazioni professionali sugli operatori nonché deteriorando il servizio reso ai cittadini.

Per la soluzione della problematica, d'importanza fondamentale, a nostro avviso è indispensabile rivedere i rapporti tra tutte le figure coinvolte e cioè:

1. Educando il paziente ad un nuovo approccio con i professionisti della salute.
2. Rendendo dotto l'infermiere delle nuove tematiche mediante la formazione continua, e fornirgli strumenti di lavoro idonei.
3. Formando il medico in merito ad argomenti inerenti le attuali problematiche.
4. Definendo nuovi protocolli che considerino il problema e creino le condizioni per risolverlo.

Tutto ciò affinché si ristabilisca, tra gli altri, un equilibrio, oggi vacillante.

Bibliografia

- BOLDIZZONI, N., MANZOLINI, F. (2000), *Creare valore con le risorse umane*, Guerini associati, Roma.
- BORGOGNALI, N., PETITTA, L. (2003), *Lo sviluppo delle persone nelle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- BORELLA, V.M. (2004), *Comunicazione medico sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- BRISICHELLA, R. (2003), “L’infermiere coordinatore, il gruppo di lavoro e il cambiamento organizzativo: descrizione di un’esperienza”, in *Management infermieristico*, n.2, pp.23-30.
- BRUSCAGLIONI, S. (2004), *Il gusto del potere*, Franco Angeli, Milano.
- BROTTO, C. (2005), *Comunicazione e relazione all’interno dell’ente pubblico*, Maggioli, Roma.
- CALAMANDREI, C. (2001), “Il diversity management, ovvero come sviluppare le risorse umane in azienda valorizzando le differenze”, in *Management infermieristico*, n.3, pp.43-46.
- (2004), “La leadership infermieristica”, in *Management infermieristico*, n.4, pp.27-34.
- CORBELLA, A., ROSSIGNI, S. (2003), “Il modello organizzativo distrettuale e il ruolo dell’infermiere dirigente”, in *Management infermieristico*, n.1, pp.18-25.
- COSTA, A. (2002), *Economia e direzione delle risorse umane*, UTET, Torino.
- DI SAURO, R. (2007), *Principi di psicologia clinica per l’operatore sanitario*, Aracne, Roma.
- INDIGENO, P., PARRAVANO, F. (2004), “Il responsabile infermieristico di dipartimento ruolo e funzioni”, in *Management infermieristico*, n.3, pp.38-43.

- LEDONNE, G. (2000), “La trasparenza comunicativa e il ruolo dell’infermiera/capo sala”, in *Management infermieristico*, n.4, pp.9-12.
- MATERA, S. (2002), *Etnografia della comunicazione*, Carocci, Roma.
- PALMARINI PIATTELI, M. (1996), *L’arte di persuadere*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- PILOTTO, F., CORSO, M. (2001), “La qualità nella comunicazione medico infermiere”, in *Difesa Sociale*, n.4.
- RUSCONI, K. (2005), “Il processo di accreditamento Joint Commission International: miglioramento continuo della qualità ruolo dell’infermiere”, in *Management infermieristico*, n.4, pp.20-25.
- SPALTRO, E. (2002), *Psicologia per le organizzazioni*, Carocci, Roma.
- VANZETTA, M., VALLICELLA, F. (2003), “Assistenza infermieristica e gruppi di miglioramento:una modalità di approccio al miglioramento continuo della qualità”, in *Management infermieristico*, n.1, pp.26-30.
- (2005), “Continuità e qualità dell’assistenza infermieristica: L’integrazione tra infermieri e personale di supporto”, in *Management infermieristico*, n.3, pp.16-21.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, tr.it. Astrolabio, Roma.