

La comunicazione dell'evento critico: esperienza di un laboratorio didattico con gli studenti di Infermieristica dell'Università di Perugia

Mirella Giontella¹, Sabrina Adami²

¹ *Coordinatrice e Docente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Perugia*

² *Infermiera Azienda Ospedaliera di Perugia, Docente presso il Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Perugia*

ABSTRACT

In this article there's a report of an experience with the third year nursing registered degree student's of Perugia's University, addressed to check communication skills in emotional impact situation's. the work has been characterized from a didactics which brings these together and improves them considerably three types of educational opportunities : theory, laboratories, and clinical activity. Then, the communication skills acquisition is an extension of the classroom training, but it's also a personal development through field training, a reflection of themselves on, on the personal way to communicate with the patient's with the laboratory work. Basis of 'learning by doing' it has been proposed an initial reflection on the communication issues and helping relationship, arriving to the acquisition of an awareness of interpersonal skills.

Key words: communication skills, learning by doing, metacompetence.

RIASSUNTO

Nel presente articolo sono riportate le conclusioni derivanti dall'esperienza di un Laboratorio Didattico effettuato presso l'Università degli Studi di Perugia con gli studenti del III anno di Infermieristica A.A 2013/2014 volto alla verifica delle effettive capacità comunicative dello studente in una situazione ad elevata criticità ed impatto da un punto di vista dell'emotività. Il lavoro svolto è stato caratterizzato da una ricerca di coerenze formative e integrazioni progressive fra i diversi ambiti di sviluppo della didattica, considerando l'apprendimento della relazione d'aiuto un elemento di trasversalità che si sviluppa fundamentalmente attraverso tre diverse tipologie di opportunità formative: teoria, i laboratori e l'attività clinica. Di conseguenza, il processo di acquisizione delle competenze relazionali viene inteso come ampliamento delle conoscenze e delle capacità apprese dalla "formazione d'aula" ma anche come sviluppo personale e professionale attraverso la "formazione sul campo"(competenze pragmatiche) e soprattutto come capacità di riflettere su di sé e sul proprio modo di entrare in relazione con i pazienti e con i colleghi attraverso il lavoro dei laboratori (metacompetenze). Guidati da questi presupposti si è giunti a proporre un percorso che parte da una iniziale sensibilizzazione sui temi legati alla comunicazione e alla relazione d'aiuto, per arrivare ad una progressiva consapevolezza del proprio stile relazionale e all'acquisizione di abilità comunicative.

Parole chiave: abilità comunicative, relazione d'aiuto, metacompetenze.

INTRODUZIONE

Le condotte lavorative, espressione dell'interazione tra persona e contesto di lavoro, concernono alcune dimensioni comprendenti, oltre alla corporeità, alle funzioni mentali e ai significati dell'esperienza lavorativa, la dimensione dei sentimenti e delle emozioni (Sarchielli, 2003). Lo studio della condotta lavorativa è stato per lungo tempo ricondotto allo studio dei livelli di soddisfazione – insoddisfazione e delle reazioni emozionali che accompagnano i vissuti soggettivi in relazione all'esperienza di lavoro. Con i cambiamenti del mondo del lavoro degli ultimi decenni e l'aumento dei lavoratori occupati nelle aziende dei servizi è apparso sempre più evidente che la sfera emozionale è rilevante non solo come esito o esperienza che accompagna l'attività di lavoro, ma anche come richiesta individuale posta dal lavoro e pertanto meritevole di attenzione. L'incremento di attenzione per il benessere psicologico del lavoratore, riscontrabile ad esempio nell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 81 (9 aprile 2008), in materia di tutela della salute e della sicurezza dei luoghi di lavoro, ha favorito inoltre, un atteggiamento di prevenzione dei rischi correlati all'attività lavorativa. L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare gli effetti della componente emotiva, per uno specifico ambito occupazionale, la professione infermieristica, e di analizzare la relazione che quest'ultima riveste sul benessere psicologico del ruolo delle emozioni nei contesti professionali è stato un argomento di ricerca a lungo trascurato. Tale noncuranza potrebbe essere attribuita alla tradizione dei modelli razionalistici delle organizzazioni che hanno sottostimato o considerato come un elemento di disturbo il ruolo delle emozioni nell'attività di lavoro. Un esempio è offerto dalle concezioni weberiana e tayloristica, entrambe promotrici di una visione delle organizzazioni come strumenti razionali per raggiungere scopi specifici, senza nessuno spazio per l'iniziativa dei soggetti, tenuti solo al rispetto delle regole (Bonazzi, 2006). Dalla rassegna condotta da Brief e Weiss (2002) emerge che lo studio delle emozioni nei luoghi di lavoro nasce come tema di ricerca scientifica negli anni trenta, principalmente negli Stati Uniti, grazie allo sviluppo degli strumenti metodologici necessari allo

svolgimento delle ricerche, che hanno giustificato le applicazioni dei principi scientifici allo studio del fenomeno sociale. Un esempio di studi condotto in questi anni è quello di Elton Mayo (1954, citato in Depolo, 2007) relativo agli effetti emozionali del lavoro di gruppo. Secondo gli autori, gli anni trenta sono stati caratterizzati dall'innovazione e dalla scoperta di una diversità di idee e metodi concernenti lo studio di questa tematica. Tuttavia la diversità metodologica caratterizzante quegli anni sbiadì, per lasciare posto ad un approccio che ha analizzato il contesto lavorativo quasi esclusivamente in termini di soddisfazione professionale. Solo nella seconda metà degli anni ottanta e novanta, i ricercatori organizzativi riscoprono l'interesse per le emozioni. Il motivo per cui questo tema di ricerca è riemerso come settore di indagine del comportamento organizzativo non è noto, ma probabilmente dipende dall'interesse che la psicologia in generale ha dimostrato per questa tematica. Tale interesse è riconducibile soprattutto agli approcci interazionisti e del costruttivismo sociale, i quali hanno focalizzato la loro attenzione sul rapporto tra individuo e organizzazione non come entità a sé stanti ma come sistemi in interazione. Tale interesse si concretizza nello studio del processo di organizzare piuttosto che all'organizzazione in sé. Questi orientamenti connotati per una critica agli approcci entitari sono più propensi a considerare le interazioni degli attori concreti, gli scambi, i processi politici, cognitivi, sociali e i vissuti emozionali connessi a tali scambi (Hosking & Morley, 1991, citato in Depolo, 2007). Nella letteratura sulle emozioni, c'è poco accordo su cosa si intenda per emozione ma il termine si riferisce di solito ad uno stato di arousal fisiologico e ad una valutazione cognitiva della situazione che prevede un cambiamento nella prontezza di azione, in quella cognitiva e in quella di relazione con l'ambiente, normalmente associate con specifici eventi e così intensi da compromettere il processo di pensiero (Grandey, 2000). L'interconnessione tra emozione e ambiente è riconosciuta anche dal modello interazionista delle emozioni, che ben si adatta alla lettura del connubio tra emozioni e contesti professionali (Morris & Feldman, 1996). Questo modello attribuisce una considerevole importanza ai fattori sociali nella determinazione e nell'espressione

delle emozioni. Questa prospettiva suggerisce che gli individui attribuiscono senso alle emozioni attraverso la loro comprensione dell'ambiente sociale e che le emozioni in parte siano socialmente costruite. Conseguentemente, l'esperienza emotiva e l'espressione emotiva può essere valorizzata, espressa o soppressa. Sebbene il binomio emozione-lavoro sia stato un argomento di ricerca in parte trascurato, con qualche eccezione per gli anni ottanta (Hochschild, 1983), negli ultimi anni e per categorie professionali particolari quali, call center, impiegati di banca (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz, 2001), polizia (Bakker & Heuven, 2006), assistenti di cabina (Bakker & Heuven, 2003) e infermieri (Smith, 1992; Mann & Cowburn, 2005; Henderson, 2001; Smith & Gray, 2000; Gray, 2009; Bakker & Heuven, 2006), il crescente impiego nel settore dei servizi, la sensibilizzazione verso la qualità del servizio offerto e l'attenzione per il benessere dei lavoratori, hanno spinto la letteratura scientifica ad occuparsi degli aspetti di interazione cliente-lavoratore che sono il requisito di molte professioni. Un particolare tipo di relazione cliente-lavoratore è quella che investe lavoratore-paziente, relazione che ha spesso attirato l'attenzione della letteratura scientifica per l'elevato rischio di burnout lavorativo. A differenza di altre professioni, medici, infermieri, terapisti sono principalmente coinvolti nel lavoro con la persona, relazione che molto spesso implica il supporto dei pazienti, elevati costi interpersonali, o domande emotive. La domanda emotiva può essere definita come quegli aspetti del lavoro che richiedono uno sforzo emotivo a causa del contatto di interazione con i clienti. (De Jonge & Dormann, 2003, citato in Vegchel, De Jonge, Soderfeldt, Dormann & Schaufeli, 2004). Un elemento cruciale del ruolo di questi lavoratori, è ad esempio il confronto con molti aspetti della vita umana (malattia, povertà, morte) da cui potrebbero nascere problemi di interazione sociale con i clienti. Un ulteriore aspetto di queste professioni, è quello relativo alla la gestione delle emozioni, il quale risulta una componente determinante del loro ruolo. Ragionevolmente non si può presumere che i lavoratori che forniscono servizi alla persona, siano sempre di buon umore, piuttosto talvolta essi possono essere annoiati o essere suscitati da emozioni negative come rabbia, paura

o delusione. Tuttavia ad essi è richiesto un lavoro emozionale, come parte del loro ruolo lavorativo, in risposta alle emozioni organizzative desiderate. Ekam (1973, citato in Morris & Feldman, 1996) definisce le norme che indicano l'appropriatezza dell'espressione emotiva, regole di visualizzazione (display rules), per riferirsi agli standard di comportamento che indicano non solo quali emozioni sono appropriate in una data situazione, ma anche le modalità attraverso cui queste emozioni dovrebbero essere espresse.

I TEMI GENERALI

- Abilità comunicative di base (ascolto attivo, risposta esplorativa)
- Reazioni emotive suscitate dalle prime esperienze di rapporto con il paziente e il vissuto personale di fronte alla malattia: *concetto di coping e resilienza*
- La capacità empatica e il mantenimento della distanza necessaria per poter aiutare le capacità di cogliere, affrontare e gestire le reazioni psicologiche del paziente di fronte alla malattia e all'ospedalizzazione, particolarmente in relazione a malattie croniche o ad esito infausto
- La rappresentazione sociale del ruolo dell'infermiere
- Le relazioni all'interno dell'équipe di lavoro
- Le caratteristiche organizzative del contesto ospedaliero, come elementi che influenzano il
- Rapporto fra gli attori coinvolti (medico, paziente, infermiere)

Sebbene lo studio del *lavoro emozionale* sia nato in riferimento agli assistenti di volo, la letteratura scientifica, ha dimostrato interesse per un'ulteriore professione esposta a lavoro emozionale: la *professione infermieristica*¹. Smith² fu il primo ad applicare la nozione di *lavoro emozionale all'ambito infermieristico* nel suo studio sugli studenti di Infermieristica, concludendo che erano necessari ulteriori ricerche, poiché spesso le emozioni in questo contesto

1 [Gray, 2009; Smith & Gray 2000; Mann & Cowburn, 2005; Henderson, 2001; Smith, 1992]

2 [1992]

sono rese invisibili. Questo significa indagare ciò che spesso viene visto come una tacita ed non codificata competenza. Questo riconoscimento deriva dalla consapevolezza che un aspetto cruciale di tale professione è il “prendersi cura” della persona. Gli infermieri lavorano a stretto contatto con il loro pazienti e spesso questa relazione è caratterizzata da emozioni intense, come ad esempio il confronto con la morte e la malattia³. Come suggerito da Bolton (2001) la *professione infermieristica* è forse una delle occupazioni maggiormente associate ad un intenso *lavoro emozionale*, essendo una parte del loro lavoro quella di incoraggiare i pazienti con gravi malattie, consolare i membri della famiglia in caso di cattive notizie, confrontarsi con la morte, con le aspettative degli assistiti, etc. Pertanto il *lavoro emozionale* si configura per queste professioni una parte del loro ruolo lavorativo. La gestione delle risorse umane, in un’ottica di respiro internazionale, deve pertanto ampliare i propri orizzonti e includere, nel panorama delle attività formative volte a incrementare ed aggiornare le competenze tecniche e professionali, anche specifiche iniziative finalizzate alla promozione della salute, nonché alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle possibili conseguenze negative, fisiche o psicologiche, che potrebbero derivare dall’esposizione ad eventi potenzialmente stressanti, spesso inevitabilmente connessi con l’attività assistenziale. Hanno tuttavia avuto il merito di avviare un processo di sensibilizzazione e consapevolezza, che apre la strada alla possibilità di allontanare il pregiudizio per fornire concrete possibilità di aiuto e sostegno a chi, per ragioni di servizio, incorre in un evento critico il cui impatto viene gestito in maniera difficoltosa.

MATERIALI METODI - LO STRUMENTO E LE MODALITÀ DI RILEVAZIONE

Dopo una iniziale fase plenaria nel quale gli studenti hanno avuto modo di rielaborare tutti i concetti inerenti la comunicazione, il coping, la resilienza, si sono proposti un paio di protocolli comunicativi

3 [Bakker & Heuven, 2006].

sulla traccia di Buckman⁴, nel quale venivano elaborati ed esplicitati tutti i passaggi da nell’approccio a paziente e/famigliari per i quali si propone il dilemma : si deve dire la verità? qual è il modo migliore di comunicare al paziente una cattiva notizia? Buckman propone una riflessione su un tema al quale finora è stata dedicata poca attenzione e, basandosi su anni di esperienza nell’ambito della pratica clinica e dell’insegnamento, fornisce le linee guida per affrontare il problema in modo “positivo”, la comunicazione è infatti l’essenza della “cura” ed è il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure⁵. Successivamente gli studenti sono stati suddivisi in gruppi di dieci con un crono programma che prevedeva 30 minuti per ogni gruppo, durante il quale è stata proposta una situazione clinica e comunicativa che gli studenti dovevano affrontare immergendosi in un role play, nel quale interpretavano l’operatore sanitario e trovavano come contraltare un interlocutore problematico (ci siamo avvalse della collaborazione di colleghi infermieri con esperienza nella clinica) che aveva il preciso mandato di creare problematicità durante la messa in scena. La simulazione durava dai cinque ai dieci minuti, il tempo restante veniva impiegato per discutere collegialmente su quello che era emerso, i partecipanti alla simulazione sono stati filmati (previa dichiarazione firmata di liberatoria), per poter poi analizzare retrospettivamente il lavoro svolto. Agli studenti è stati poi somministrato un questionario di gradimenti rispetto all’esperienza vissuta, il consenso all’esperienza è stato unanime, a tratti entusiasta, in studenti così vicini al salto esistenziale e professionale tra la didattica in aula e l’assistenza diretta, si è palesata la necessità di elaborare al meglio alcuni vissuti emersi, sentendosi a tratti vivisezionati nella propria umanità e capacità di relazionarsi hanno accettato intelligentemente la sfida che sarà probabilmente una delle costanti della loro attività assistenziale : l’accettazione l’incontro con l’altro.

4 [La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi Robert Buckman Cortina Editore 2003]

5 [Kirby and Slevin 1992].

RISULTATI

Gli incidenti critici dovrebbero diventare parte integrante del processo di formazione professionale da almeno tre punti di vista: 1) Sono una formazione a cercare ciò che non ci si aspetta di contro a un atteggiamento più ovvio a riconoscere ciò che ci si aspetta; essi dovrebbero portarci a considerare l'imprevisto non come un inconveniente o un infortunio da eliminare ma come una opportunità da sfruttare. 2) Sono anche una formazione ad esercitare il punto di vista nell'azione di contro ad un atteggiamento più economizzatore di "essere organizzati" nell'azione dal proprio punto di vista; è quindi una formazione alla attenzione della "multivocalità" dei nostri sistemi di azione⁶. 3) Sono una fonte continua di feedback sulla nostra azione; sono un esercizio che ci aiuta a mantenere la distanza e l'elasticità necessarie per valutare la nostra azione al di fuori dei modelli di comportamento che sono diventati il nostro habitus e che ormai diamo per scontati. Lavorare con gli incidenti critici non è solo una tecnica, è anche un processo formativo di una competenza speciale a percepire, individuare, sviluppare, sfruttare l'incertezza e l'unicità della pratica in un processo di apprendimento e sviluppo professionale. Significa aprire le porte della mente all'apprendimento e superare le nostre prime reazioni difensive, significa stare all'erta e percepire l'unicità di ogni passo della nostra esperienza professionale per rimanere costantemente impegnati in una conversazione con la situazione. Nella nostra vita professionale le percezioni, i significati e le reazioni sono organizzati in procedure o routine, ruoli, regole, classi di situazioni che noi riconosciamo, ed oggetti (strumenti fisici e mentali) e corsi di azione che associamo a queste classi di situazioni. La percezione si sviluppa dentro la nostra pratica e nell'organizzazione della pratica. Questa organizzazione della pratica ad opera delle routine, dei ruoli e degli oggetti è una parte importante di ciò che Engeström⁷ ha chiamato il "sistema di attività". Essi sono sistemi all'interno dei quali agiamo e prendiamo le

decisioni, anche le cosiddette decisioni programmate, cioè le decisioni già decise dalle culture, dalle regole dell'organizzazione, dai protocolli professionali. Inoltre i sistemi di attività sono anche un processo formativo a percepire alcuni segnali e a trascurarne altri. Se questa formazione è stata coronata da successo, viene interiorizzata, diventa parte del corpo e della mente dell'operatore, lo trasforma, e, a seguito di questa interiorizzazione, il sistema di attività diventa scontato, come se fosse un "ambiente naturale", con le sue regole, le sue mappe cognitive e i suoi ruoli. In tal modo il sistema di attività diventa una istituzione. Ci si riferisce qui al contesto dell'apprendimento. Le azioni sono, di fatto, non solo le nostre azioni, ma sono i collegamenti all'interno di un sistema di attività. Ogni azione è contemporaneamente un intreccio tra persone, approcci, strumenti e paradigmi in un ambiente culturale e sociale dato. L'apprendimento avviene all'interno di un contesto formativo in quanto gli elementi denotativi del processo acquistano *significato* all'interno dello scambio relazionale che caratterizza tale contesto. L'itinerario di apprendimento è compenetrato del *tessuto di relazioni dinamiche* in cui è immersa l'esperienza di vita del soggetto. Ciò è quello che G. Bateson definisce "*Il messaggio nel circuito*". Chi educa e chi apprende *fanno parte di una stessa storia*, nel senso che si crea una struttura che connette il messaggio di chi emette l'informazione con chi la riceve. Il contesto è la struttura che dà significato a parole e cose, il che significa che dobbiamo leggere in chiave sistemica i processi di comunicazione e di educazione. La consapevolezza di una dimensione profonda del rapporto tra curante e paziente può essere fatta risalire a Freud che, un secolo fa, evidenziò nella relazione una proiezione inconscia del paziente sul terapeuta di stati d'animo, emozioni e desideri (transfert) e le problematiche che a sua volta il terapeuta può trasferire sul paziente (controtransfert). Si deve a Balint il merito di riconoscere che questi due aspetti costituiscono fattori di primaria importanza nella relazione fra ogni operatore sanitario e il suo paziente. L'evoluzione storica della figura del curante, almeno nella sua concezione tradizionale medica, vede la trasformazione dal terapeuta attivo fino a circa il XVIII-XIX secolo caratterizzato da una relativa impoten-

6 [Engeström, 2005].

7 [2005]

za sul piano diagnostico terapeutico ma con un forte legame con il paziente a cui lo accomuna uno stesso mondo culturale e in cui in pratica l'attività di cura "coincideva spesso con l'anamnesi: la narrazione del disturbo agiva come una forza catartica come il migliore dei placebo", al medico post moderno capace di accurate diagnosi ed efficaci terapie ma con possibilità di contatto umano sempre più ridotta nel quadro di una medicina che è sempre più capace di guarire ma dove, sorprendentemente, medici e pazienti vivono reciprocamente un rapporto di sospetto e delusione. La gestione di una relazione terapeutica richiede sempre di più al personale sanitario la consapevolezza delle dinamiche psicologiche ad essa sottese. La soddisfazione del paziente si dimostra come un fattore terapeutico che è in grado di influenzare notevolmente sia la compliance che gli obiettivi stessi del trattamento. Una relazione di tipo collaborativo che coinvolge il paziente in modo attivo rafforza la motivazione e l'adesione al trattamento, ma richiede tempo adeguato e competenze che spaziano dalle capacità di ascolto attivo, di osservazione, di empatia a quelle di comunicazione. In questo l'infermiere ritrova in una posizione di favore perché, a differenza di altre specialità mediche che hanno privilegiato gli aspetti tecnico strumentali della clinica, conserva nel suo operare una grande attenzione all'aspetto relazionale in quanto il processo assistenziale non è per sua natura attuabile senza la collaborazione attiva del paziente. Alla base della discrepanza fra i successi della medicina e il grado di insoddisfazione espresso dai pazienti sono stati ipotizzati diversi fattori, tra cui il tecnicismo clinico che depersonalizza e rende meno evidente il ruolo del medico, la parcellizzazione del sapere e la diminuzione del carisma della figura medica. L'abdicare da una funzione non ne cancella la necessità, la rende solo disponibile a sistemi vicarianti: in quest'ottica la rinuncia all'ascolto della medicina tradizionale può essere vista come una delle cause del proliferare della cosiddetta medicina alternativa. I benefici che si ricavano dalle medicine alternative si chiamano anche, se non soprattutto, attenzione, tempo dedicato e un invito a tornare spesso. In fondo lo stesso effetto placebo, ampiamente usato e studiato dalla scienza medica, di fatto rappresenta la contraddi-

zione di una visione eccessivamente meccanicistica che non considera "gli effetti curativi della fiducia, delle attese e di un buon rapporto medico-paziente". Se per la tradizionale figura medica il valore dell'ascolto e della partecipazione, già espresso da Ippocrate oltre 2000 anni fa, ha il sapore della rivoluzione culturale, per altre figure sanitarie che possiamo considerare storicamente più giovani la condivisione con il paziente del suo percorso terapeutico è un fatto che rientra nella sfera della normalità perché proprio la condivisione risulta essere uno strumento curativo. Nel confronto tra la concezione di medicina centrata sul medico e quella centrata sul paziente possiamo riconoscere due modelli teorici orientati l'uno sul curare, l'altro sul prendersi cura. L'infermiere si pone in continua dialettica fra queste dimensioni: esiste, infatti, il momento della valutazione e della scelta dell'atto terapeutico che richiede un'oggettivazione della malattia, ma è presente anche lo spazio privilegiato dell'ascolto che consente all'infermiere la conoscenza della persona e delle sue modalità adattive e disadattive in rapporto alla realtà, agli altri e all'ambiente. In questo universo definito dall'interazione degli aspetti biologici, psicologici e sociali, la persona conquista una dimensione di centralità primaria ed un ruolo attivo. La salute viene "costruita" socialmente all'interno dei "comportamenti e delle relazioni umane" e all'interno di una visione sistemica in cui la salute è correlata con una moltitudine di determinanti che emergono dalle dimensioni biologica, psicologica dell'individuo. Ciò non toglie che la caratteristica del rapporto sia l'asimmetria: nella transazione tra terapeuta e paziente l'uno è portatore di bisogni e richieste, cioè il paziente, mentre l'altro, il curante, deve accoglierli e dare risposte. Questa non deve necessariamente essere considerata una peculiarità negativa perché, al contrario, quando il rapporto perde questa caratteristica si riduce la valenza terapeutica che lo deve individuare: questo accade, ad esempio, quando il soggetto delle cure è un familiare o quando è il paziente stesso a chiedere pressantemente, e ad ottenere, esami o visite specialistiche non motivate da una esigenza clinica reale. L'infermiere aiuta il paziente a curarsi e gli richiede un atteggiamento solido e maturo. Il prototipo è il rapporto tra due persone adulte, una

delle quali possiede le nozioni di cui l'altra ha bisogno paziente con cui si sta rapportando. Definendo come status di una persona l'insieme dei comportamenti che essa può attendersi dagli altri nei propri riguardi, e come ruolo l'insieme dei comportamenti che gli altri si attendono da una persona, potremmo anche riconoscere a quest'ultimo una dinamicità attiva che l'individuo deve operare per mantenere il proprio status. Questo implica un insieme di diritti ma anche di doveri sia per l'operatore, che per il paziente. Ad esempio tra le caratteristiche del ruolo sanitario possiamo citare la competenza tecnica, intesa come dovere dell'operatore di assicurare prestazioni qualitativamente e tecnicamente efficaci e efficienti; la specificità funzionale, cioè il privilegio dato all'infermiere nell'esercizio della sua professione di accedere al corpo del paziente e la possibilità di riceverne confidenze, da cui ne discende l'obbligo del segreto professionale; l'atteggiamento universalista e altruista, che sancisce l'obbligo di curare tutte le persone indipendentemente dalla razza, religione, nazionalità o status a cui appartengono con lo scopo comune del benessere della collettività, tenendo conto della vulnerabilità del malato. Anche quest'ultimo, godendo di uno status particolare, è investito da un insieme di diritti e di doveri, come l'esenzione dalle responsabilità, che si manifesta ad esempio con l'essere dispensati da alcune abituali funzioni; il diritto ad essere aiutato, istituzionalizzato in primo luogo nella famiglia e nella società; ma anche l'obbligo a desiderare la guarigione collaborando attivamente con il personale curante. Lo sviluppo del rapporto interpersonale non si esaurisce certo in un confronto di ruoli in quanto la relazione, proprio perché tale, implica tutti gli aspetti del vincolo sociale e personale. Ma il prodotto di questo legame, strettamente legato agli aspetti comunicativi e che maggiormente deve destare attenzione perché capace di influenzare grandemente l'effetto della terapia stessa, è la compliance del paziente. L'adesione della persona assistita all'iter diagnostico o terapeutico sembra influenzata principalmente da:

- 1) comprensione;
- 2) modalità di comunicazione delle informazioni;
- 3) qualità dell'interazione con lo staff;
- 4) appartenenza a gruppi di riferimento;

5) regime di trattamento (durata, complessità, effetti);

6) rappresentazioni sociali su salute/malattia/cura. Più della metà di queste variabili è ascrivibile al contesto comunicativo relazionale. La motivazione al trattamento indotta nel paziente sembra più forte e stabile quando lo stile comunicativo è cooperativo e tale da coinvolgere il paziente in modo attivo; è ipotizzabile quindi che l'applicazione di modelli interpretativi e collaborativi possa consentire una relazione più stabile nella cura di malattie croniche e negli iter riabilitativi. Una relazione collaborativa richiede tempo da dedicare al rapporto con il paziente per discutere a fondo i vari passaggi del processo assistenziale e questo spesso mal si associa con la riduzione dei tempi assistenziali imposta dal management sanitario. Richiede ascolto attivo, osservazione, empatia e capacità comunicative. Le capacità relazionali ed espressive di ognuno non sono solo istintive o frutto di esperienza ma possono essere insegnate e quindi apprese, migliorate o modificate. La consapevolezza delle dinamiche comunicative dovrebbe essere un patrimonio fondamentale di tutti gli operatori sanitari. L'idea di comunicazione come processo che lega alcuni elementi strutturali come fonte, messaggio e ricevente, può essere fatta risalire ad Aristotele. Più recentemente gli studi sulla comunicazione hanno focalizzato l'analisi sulla circolarità del rapporto emittente-ricevente introducendo il concetto di feedback (retroazione), cioè la risposta del ricevente consente all'emittente di capire se il proprio messaggio è stato recepito e/o se è necessario apportarvi delle modifiche, in una sorta di "partita a tennis" verbale e non verbale in cui i messaggi vanno avanti e indietro tra le parti interagenti. Secondo modelli ancor più recenti si presume che gli interlocutori siano contemporaneamente (e non in momenti diversi) emittenti e riceventi durante l'interazione: diventa difficile quindi isolare un singolo atto di comunicazione da ciò che lo precede e ciò che lo segue. Il linguaggio del corpo è predominante nella trasmissione dei flussi informativi: secondo alcuni autori solo il sette per cento di tutte le informazioni che ci arrivano da un discorso derivano dall'uso delle parole. Il 38% ci perviene dal tono della voce e il 55% dal linguaggio corporeo. L'uso cosciente di questa forma espressiva diventa,

dunque, uno strumento di lavoro. Imparare a comunicare. Lo sviluppo di una comunicazione efficace richiede il corretto uso e l'adeguata decodificazione dei segnali verbali e non verbali. Iniziamo col dire che, come in tutti i rapporti umani, spesso il primo impatto visivo è determinante nella creazione di un giudizio categoriale generalmente mediato da strategie di pensiero euristiche, semplificate. Non è banale, dunque, ritenere rilevante l'aspetto esteriore dell'infermiere (aspetto ordinato, con indosso un camice pulito e chiuso o una divisa regolamentare, con un cartellino di riconoscimento, un non eccessivo uso di monili ecc.) che, in quanto rappresentazione di cura e professionalità, può essere soggettivamente percepito e condizionare il primo impatto e di conseguenza il giudizio. Lo sguardo, il tono della voce, gli aspetti non verbali del parlato, la gestualità, la mimica, la distanza, la postura e l'orientamento interpersonale sono tutti fattori che possono influenzare la qualità della comunicazione. Gli occhi, che guardano e che sono guardati; la voce, modulata che rilassa o che stimola; le mani che parlano, esemplificano o sottolineano; il comportamento nello spazio espresso dal contatto, dalla vicinanza-distanza, dall'orientamento (faccia a faccia, di fianco, dietro la scrivania), dalla postura (rigida, rilassata, che presta attenzione, seduti, in piedi), rivela il grado di intimità e di confidenza dell'incontro, della disponibilità personale e del ruolo dei partecipanti. Il contatto corporeo assume particolare significato nel nostro contesto. Si è dimostrato che è il modo in cui si viene toccati ad essere terapeutico: laddove il contatto di tipo tecnico-procedurale può provocare ulteriore stress, quello di conforto o rassicurazione si rivela benefico per quello che riguarda il rilassamento in generale e, persino, per la riduzione della frequenza cardiaca. È importante ricordarsi che con il contatto fisico si invade lo spazio di un altro individuo e, per quanto sia il ruolo stesso dell'infermiere che istituzionalizza tale funzione, esiste sempre un più o meno velato e atavico riserbo nell'offrirsi inermi all'altrui tocco. Il primo passo per una efficiente comunicazione verbale, consiste nel saper ascoltare. Per ascoltare si intende una funzione cognitiva ed emotiva che permette di capire cosa ci è stato detto, diversamente dall'udire che è un atto fisico di semplice riconoscimento

di suoni. L'ascolto, dunque, non è una funzione passiva nei processi di comunicazione: nell'ascoltare gli altri occorre una reale volontà di capire e di mettersi dal loro punto di vista. Quanto più diventa un processo attivo ed empatico che indica attenzione all'altro, cui viene dato sufficiente tempo e spazio per esprimersi, tanto più si percepiscono i messaggi con esattezza e completezza, evitando distorsioni dell'informazione. Questo è un punto chiave in quel processo fondamentale di valutazione del paziente che corrisponde all'anamnesi: non a caso si parla di "raccolgere" e non di "fare" l'anamnesi. Bisogna essere pronti e vigili nell'accogliere ciò che il paziente attraverso un suo procedimento di reminiscenza ci sta offrendo. Secondo Platone il processo attraverso cui si impara e si conosce è il ricordo, la memoria: anamnesi appunto. Relativamente al linguaggio è chiaro che affinché la comunicazione sia efficace il messaggio trasmesso deve essere capito e ricordato dal paziente.. Non è da escludere, inoltre, che l'uso di un linguaggio eccessivamente specialistico sia da ascrivere alla volontà del terapeuta, più o meno consapevole, di rimarcare il proprio ruolo dominante o di nascondere la propria incapacità di fornire risposte conformi alle esigenze del paziente. Fornire spiegazioni al paziente, usare prevalentemente domande aperte ("Dove ha male?" piuttosto che "Ha male qui?"), rispondere a quesiti anche solo abbozzati ("Mi sembra di aver capito che volesse chiedermi..."), usare frasi empatiche ("Capisco che questo possa preoccuparla..."), coinvolgenti ("Secondo lei, qual è la difficoltà che dovremmo risolvere prima..."), chiarificanti ("Mi spieghi meglio..."), sinossiche ("Dunque, ricapitolando lei dovrà stare attento a...") portano a comprendere il punto di vista dell'altro e consentono l'inizio di un soddisfacente processo relazionale con il paziente.

IL QUESTIONARIO DI GRADIMENTO: LE DOMANDE

I. La situazione vicenda del Role Play Formativo (RPF) implica atteggiamenti personali e comportamenti interattivi, completamente difficili perché insoliti, singolari, complessi delicati, mal definiti, imprevedibili, commoventi, impegnativi.....altro

Sì

- No
 - In particolare.....
 - 2. Il RPF ha consentito un'analisi dei fattori che determinano i comportamenti (simoli, obiettivi, personalità, contesto, valori, principi, leggi, norme)
 - Si
 - No
 - In particolare
 - 3. La discussione di gruppo e la sintesi da parte del conduttore sono state utili
 - Si
 - No
 - In particolare
 - 4. Gli obiettivi di apprendimento del RPF, e cioè le particolari abilità di atteggiamenti emotivo affettivi e di comportamenti relazionali alle quali era mirato sono parsi ben intuitibili nell'esecuzione
 - Si
 - No
 - In particolare
 - 5. La vicenda è risultata credibile nell'azione scenica
 - Si
 - No
 - In particolare
 - 6. I partecipanti all'azione scenica sono riusciti ad evitare forzature ed aspetti disturbanti nella recitazione, l'emergere di una componente ludica, la clamorosa apparenza di simulazione
 - Si
 - No
 - In particolare
- Altre osservazioni personali
-
-

ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE (FIG. 1)

Sono stati somministrati 115 questionari, alla fine dell'ultimo RPF, in modo tale che tutti gli studenti potessero avere esperienza diretta della simulazione, avendo elaborato in maniera personale ed autonoma un proprio vissuto cognitivo ed esperienziale. I dati sono stati elaborati utilizzando la scala Likert in quanto tecnica per la misura dell'atteggiamento. Tale tecnica si distingue principalmente per la possibilità di applicazione di metodi di analisi degli item

basati sulle proprietà statistiche delle scale di misura a intervalli o rapporti.

La tecnica consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni (tecnicamente definite item) che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto ad uno specifico oggetto. La somma di tali giudizi tenderà a delineare in modo ragionevolmente preciso l'atteggiamento del soggetto nei confronti dell'oggetto. Per ogni item si presenta una scala di accordo/disaccordo, generalmente a 5 o 7 modalità. Ai rispondenti si chiede di indicare su di esse il loro grado di accordo o disaccordo con quanto espresso dall'affermazione. Questo metodo è applicabile sia per atteggiamenti di tipo unidimensionale che multidimensionale (per cui sono necessarie tecniche statistiche come l'analisi fattoriale o l'analisi delle componenti principali).

Rispetto alla domanda numero 1, venti persone hanno risposto no, due hanno proposto delle specifiche alla terza opzione quando si chiedeva di aggettivare la tipologia degli atteggiamenti e dei comportamenti che sono oggetto del RPF, sottolineando quanto questi fossero complessi e delicati una, e la mancanza di una base concettuale che permetta di ancorare al pragmatismo del quotidiano l'altra.

Alla domanda numero 2, uno studente non ha risposto, un altro ha sottolineato come il RPF consenta un'analisi di contesto approfondita, altri due hanno risposto no.

La domanda 3 ha registrato un consenso unanime nel ritenere la discussione e la sintesi del conduttore utile e produttiva ai fini della corretta elaborazione e comprensione del lavoro appena svolto.

La domanda 4 ha visto solo uno studente non rispondere, mentre altri due hanno risposto no.

La domanda 5 otto studenti hanno risposto no (ricordiamo che la finzione di avvaleva del supporto di un tablet per filmare l'azione, due sedie e la slide proiettata che fungeva da script) mentre altri due hanno ritenuto citare la conduttrice del RPF ed uno dei colleghi che si è prestato al RPF, come valore aggiunto nella veridicità della scena.

L'ultima domanda la numero 6 ha registrato una serie di riflessioni personali interessanti, 14 studenti hanno risposto no, un'altra ha rilevato come il proporre un RPF senza adeguata preparazione ha

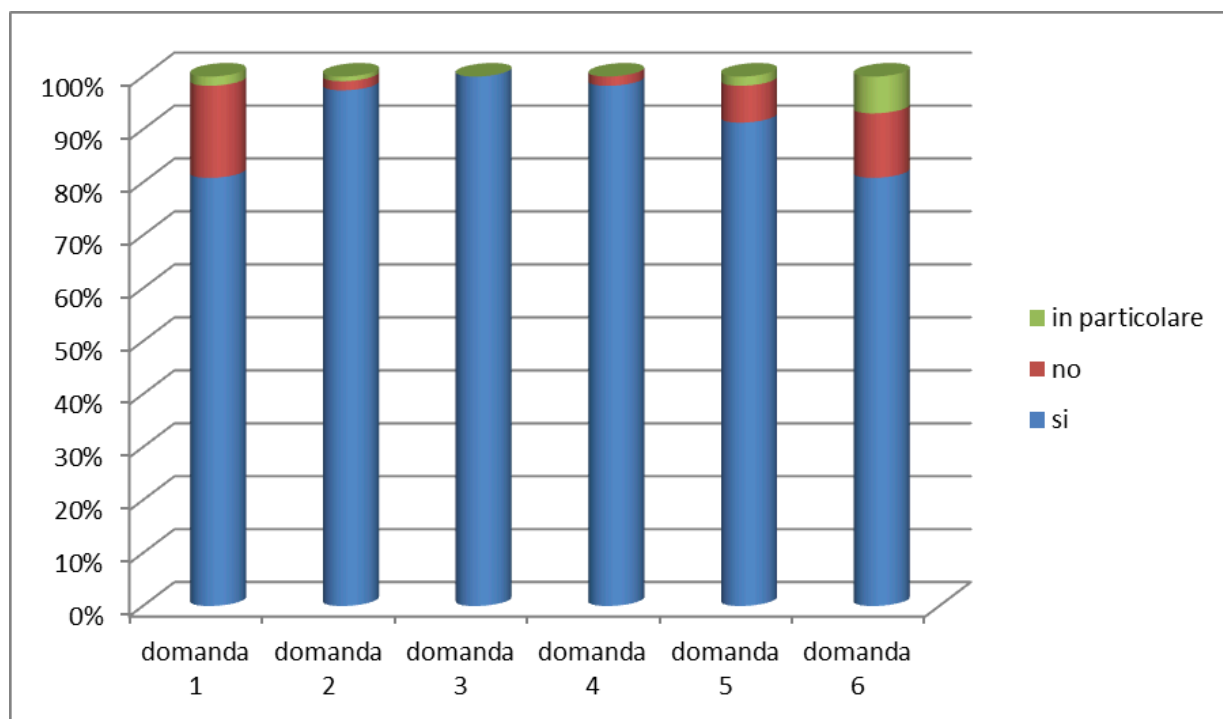


Figura 1. Risultati del questionario di gradimento.

spiazzato gli studenti al punto tale di non essere in grado di prendere il controllo della situazione. Un'altra ha rilevato il punto focale: come la mancanza di un dogma comportamentale nella delicata gestione della comunicazione rimanda solo ed esclusivamente alla sensibilità ed alle competenze dell'operatore, un altro studente ha espresso come questi proposti, non siano esempi aspecifici od eccezionali di comunicazioni ma prassi del quotidiano. È poi emersa la proposta di confrontarsi su più casi invece che su uno, si è evidenziata l'importanza dell'osservare i colleghi per migliorare il proprio appeal comunicativo, tanto che il RPF è stato richiesto da uno studente come strumento da proporre negli anni precedenti al terzo (cogliendone quindi in pieno tutta la sua valenza e potenzialità multidimensionale), oltre alla richiesta di maggior tempo, (tempistica troppo breve, e massiccio "bombardamento di concetti"), che al terzo anno comunque si danno come patrimonio intellettuale, culturale e cognitivo acquisito. È stata proposta da uno studente anche una ridistribuzione dei ruoli, mettendo anche gli studenti

ad interpretare le persone assistite e non solo i colleghi esperti.

CONCLUSIONI

L'evoluzione da una relazione impostata sull'offerta di aiuto da parte dell'infermiere, ad una basata sull'offerta di conoscenza individua il paziente come entità autonoma e responsabile che ricorre all'operatore come fonte esperta di informazioni, per giungere a una comprensione condivisa del problema e alla sua soluzione. Questo è un processo inarrestabile, alimentato dalla diffusione e dalla facilità di accesso all'informazione che spesso favorisce una cultura spicciola di nozioni frammentate, un "sapere ignorante", con cui comunque il caregiver si deve confrontare senza avere più la possibilità di infantilizzare il paziente con l'imposizione di inspiegabili e inspiegati dogmi terapeutici. È utile favorire l'autonomia del paziente e non la sua dipendenza dall'operatore, associandolo al trattamento non come recettore passivo e subordinato come in pas-

sato, ma sempre più come impegnato collaboratore dell'azione del sanitario. In questo gli infermieri, sono in vantaggio sui medici: i fili della comunicazione, che per il medico sono un ambizioso progetto da ricollegare, per l'infermiere non si sono mai interrotti. Il rischio, se mai, è che in un ingenuo tentativo di crescita professionale qualche collega imbrocchi la strada già percorsa dal medico dell'eccessivo tecnicismo, allontanandosi così dagli aspetti comunicativo -relazionali che sono parte integrante del progetto assistenziale. Forse l'ultima parola deve essere lasciata a quanto scriveva Dewey ⁸ a proposito dell'osservazione e dell'analisi dell'esperienza come mezzi per promuovere l'apprendimento e lo sviluppo: "Ad un'attenta analisi, ogni situazione problematica che dobbiamo affrontare mostra, più o meno chiaramente, cinque fasi logicamente distinte: (i) la percezione di una difficoltà; (ii) la sua individuazione e definizione; (iii) l'ipotesi di una possibile soluzione; (iv) la considerazione delle possibili conseguenze dell'ipotesi individuata; (v) le successive osservazioni e prove che conducono all'accettazione o al rifiuto dell'ipotesi".

BIBLIOGRAFIA

- Engestrom Y. (2005) *Putting Activity Theory to Work*. Berlin, Lehmanns.
- Gibbs G. (1988) *Learning by doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford, Further Education Unit, Oxford Brookes University.
- Goleman D. (1996) *Emotional Intelligence: Why it can matter more than I.Q.* New York, Bantam Books (tr. it. *L'intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1996).
- Johns C. (2000) *Becoming a Reflective Practitioner: a Reflective and Holistic Approach to Clinical Nursing, Practice Development and Clinical Supervision*. Oxford: Blackwell Science.
- Piaget J. & Inhelder, B. (1969) *The Psychology of the Child*. New York, Basic Books.
- Platzer et al. (1997), *Becoming a Reflective Practitioner: a Reflective and Holistic Approach to Clinical Nursing, Practice Development and Clinical Supervision*. Oxford: Blackwell Science.
- Robson C. (2002) *Real World Research (2nd Edition)*. Oxford, Blackwell.
- Rolfe G., Freshwater D. & Jasper M. (2001) *Critical Reflection for Nurses and the Caring Professions: A Users Guide*. Basingstoke, Palgrave.
- Schön D.A. (1983) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York, Basic Books (tr. it. *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1999).
- Zucchetti E. (1996) "L'infermiere dentro il cambiamento: sintesi di un'indagine sui mutamenti professionali e le implicazioni formative", *Nursing Oggi*, 4.
- Buckman R. (1992) *How to Break bad News*, John Hopkins University Press, Baltimore. Trad. it.
- Doctors et al. *Caregivers*, Auburn House, Westport (CT Larson, E.B., Yao, X. (2005) "Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship", *JAMA*, 293, 1100-1106.
- Perino F., Andreolli C. (2003) *Spiritualità e Trascendenza nella relazione di aiuto secondo l'Approccio Centrato sulla Persona*, da *Persona a Persona*, Rivista di Studi Rogersiani, Ottobre, 37-56.

8 John Dewey, *Come pensiamo*, La Nuova Italia, 1961.