

La comunicazione negata: studio pilota sulle criticità relazionali della professione infermieristica

Communication denied: a pilot study on critical relationship in nursing

Giordano Cotichelli¹

RIASSUNTO

Introduzione. In letteratura sono pressoché assenti studi sulla comunicazione infermieristica quando viene negata, ciò fa sorgere il quesito sul perché rifuggire la relazione con il paziente.

Obiettivi. Valutare le criticità nella comunicazione infermieristica al fine di costruire una base analitica per uno studio più approfondito.

Materiali e metodi. Osservazione partecipata (cover) durante uno stage di tirocinio, utilizzando un diario dell'osservazione e prendendo in esame il contesto di lavoro e relazionale di un reparto internistico.

Risultati. Nella maggioranza dei casi si rifugge la comunicazione, riducendo i tempi di contatto con i pazienti, in altri la si ricerca anche quando non espressamente richiesta dal paziente.

Conclusioni. Fuggire la relazione può essere un indicatore di insicurezza professionale. L'Altro significativo cui si nega la relazione, diventa lo specchio in cui il professionista ritrova le sue debolezze. Considerare questi elementi favorisce la dimensione terapeutica. Lo studio si rivela elemento di partenza potenziale per un lavoro che possa avere maggior peso con un campione più ampio e in contesti più articolati.

Parole chiave: comunicazione, infermiere, osservazione partecipante, relazione terapeutica.

ABSTRACT

Introduction. In literature there are few studies on denied nursing communication/relationship and why this communication/relationship is avoided.

Goals. Evaluate criticism in communication/relationship in nursing in order to build an analytical basis for further study.

Materials and methods. Participant observation during internship placements, diary and notes taken during the observation, furthermore the whole work context as well as the relationship in a internal medicine department were taken into consideration.

Results. In the majority of cases communication is avoided, reducing the time of contact with patients, in others it is sought even when not expressly required by the patient.

Conclusion. Escape relationship may be an indicator of professional insecurity. The denied relationship is a mirror in which the practitioner finds its weaknesses. Considering these elements promotes the therapeutic path. The study gave interesting and relevant insights which can be considered as starting point for further research on the field with a wider sample.

Parole chiave: communication, nurse, participant observation, therapeutic relationship

INTRODUZIONE

Il lavoro che segue è il risultato dell'esperienza di un tirocinio formativo (per un totale di 500 ore nel corso del 2012) durante un master di coordinamento, in cui è stato preso in esame lo strumento della comunicazione al fine di poter valutare come esso possa essere utile o controproducente in un contesto organizzativo e lavorativo. La letteratura presente è abbastanza numerosa, e prende in esame i diversi aspetti relativi alla comunicazione ed alla professione infermieristica

(Cocco et Al, 2005; Ginestra et Al, 2008; Cipolla et Al, 2004). Se si prende in considerazione il solo motore di ricerca di Pubmed (alla data del 17 aprile 2013), e si combinano al termine nursing alcune parole chiave, si ottengono risultanti quali: *communication* (35.820), *therapeutic communication* (10.960), *professional communication* (6.513). Un quadro generico che però mostra l'importanza dell'argomento. Dati analoghi, meramente quantitativi, possono essere tratti da uno studio sull'attività ECM dei Collegi Ipasvi nel triennio 2008-2011 (Cotichelli, 2013), dove si può notare come su un totale di 1006 eventi censiti ben 47 sono a vario titolo incentrati sulle problematiche della comunicazione: in generale (21), in situazioni particolari (9), sul

1 Infermiere, PhD in Epidemiologia e Sociologia delle Disuguaglianze nella Salute. ASUR – Marche, Area Vasta n. 2, Ancona
Contatti: giordanojesi@tiscali.it

counseling e l'educazione terapeutica (17). A primo impatto potrebbero sembrare numeri molto ridotti, ma in realtà rappresentano una buona percentuale rispetto alla preponderante presenza di eventi relativi a questioni cliniche, organizzative, e deontologiche che da soli costituiscono più dell'80% della natura degli eventi ECM considerati. E' da ricordare che nel panorama italiano le questioni relative alla comunicazione, alla relazione terapeutica, alla tridimensionalità dell'intervento sanitario – e alla sua necessaria multidisciplinarietà – sono da pochi decenni oggetto di dibattito professionale, data la dominanza da sempre di una dimensione esclusivamente clinica. La comunicazione quindi come elemento organizzativo e relazionale allo stesso tempo, strumento per migliorare l'assistenza e la cura del paziente, la qualità delle prestazioni, facilitare la compliance terapeutica, che dunque introduce una serie di domande da porsi: l'infermiere è sempre in grado di sostenere una comunicazione con il paziente? Quali i motivi che lo inducono a "fuggire" dalla relazione? O al contrario a ricercarla oltre il semplice mandato istituzionale?

Il portato delle domande è tale che il presente lavoro rappresenta uno spazio decisamente angusto di sviluppo, ma può essere funzionale a costruire uno studio pilota per porre le basi per studi successivi più sistematici e strutturati. Le molte variabili da prendere in considerazione, legate al contesto assistenziale, alla composizione generazionale dell'equipe di lavoro, alla dimensione di genere e al livello di formazione del personale preso in esame, unite al numero ristretto della popolazione considerata, inducono all'elaborazione di un quadro di riferimento in cui gli obiettivi sono correlati alla costruzione di ulteriori sviluppi di ricerca. L'obiettivo principale è quello di valutare come la comunicazione in quanto tale possa essere strumento rilevante di criticità assistenziali e identitarie da parte dell'infermiere, mettendo in evidenza la globalità stessa dello strumento che interessa non solo direttamente i soggetti dell'assistenza e della cura (utenti e caregiver), ma gli stessi professionisti sanitari.

MATERIALI E METODI

Le fasi della ricerca realizzata sono state tre. Nella fase iniziale è stata cercata una letteratura scientifica di riferimento alle problematiche della comunicazione, e parallelamente è stato analizzato il contesto di tirocinio sul piano della funzionalità o meno agli obiettivi posti. La seconda fase è stata quella della raccolta dei materiali attraverso lo strumento dell'osservazione partecipata in maniera dissimulata – cover- (Guarino, 2004, p.66). Utile la redazione di un diario dell'osservazione che ha permesso di trascrivere, passo dopo passo, gli

elementi salienti, le testimonianze raccolte, il contesto di lavoro, le difficoltà relazionali emerse come tali, scisse da situazioni particolari (antipatia, difficoltà di linguaggio, situazioni di urgenza/emergenza assistenziale). La terza fase è stata caratterizzata dall'analisi dei materiali elaborati, durante la quale, si è ultimata l'ultima parte del tirocinio, al fine di evidenziare eventuali cambiamenti, o incongruenze interpretative relative a quanto scritto nel diario dell'osservazione partecipante.

Nel quadro descritto il lavoro è stato quello tipico della ricerca qualitativa, propria dell'ambito delle scienze umaniste, ma che sempre più negli ultimi anni è diventato campo di studio per l'infermieristica, specie seguendo i dettami del nursing transculturale di Madeleine Leininger (1985, 1995). Il tirocinio in oggetto è stato svolto in un reparto internistico di 30 posti letto, durante i turni del mattino e del pomeriggio (6-14 e 14-22) ed il campione osservato è stato costituito dal personale infermieristico in numero di 16 unità (4 uomini e 12 donne). Nello stesso reparto lavorano 4 ausiliari, una caposala, 6 OSS e 6 medici. Utile ricordare che i comportamenti registrati volta per volta riguardo gli infermieri sono stati catalogati secondo un codice alfa-numerico relativo alle singole individualità, al fine di proteggere la privacy di ognuno, ed avere allo stesso tempo la giusta correlazione del singolo rilievo rispetto al professionista corrispondente. Non si è proceduto ad effettuare interviste di sorta al fine di non alterare la dimensione cover dell'osservazione, la quale si è resa possibile dato che l'osservatore (infermiere) è anch'egli facente della professionalità, della cultura osservata, e quindi non aveva bisogno di una fase di adattamento-addestramento utile per capire dinamiche relazionali, riti, compiti e funzioni varie.

RISULTATI

I risultati rilevati possono essere analizzati attraverso l'ausilio del diagramma di Ishikawa (1990). Questo è un modello di framework elaborato all'inizio degli anni '90 per l'analisi dei sistemi organizzativi complessi in relazione alla qualità del lavoro, e per evidenziare come gli elementi portanti di una data questione conducano alla messa in evidenza di un problema. In questo, per la sua composizione molto spesso viene anche denominato il diagramma delle "4M", in cui ognuna delle lettere prese in considerazione evidenzia ambiti e risorse per l'intervento: *Men* (professionisti), *Materials* (risorse, tempi, conoscenze, contesti), *Methods* (metodologie), *Machines* (strumenti). La dimensione rigida della definizione di materiali necessita di uno sguardo interpretativo che proietta conoscenze, competenze in un quadro generale che assieme a tempi di lavoro, protocolli (relativi alla sfera delle conoscenze e competenze)

e tipologia dell'utenza rappresenta il contesto in cui si estrinseca la raccolta dei risultati. A questo si uniscono quegli strumenti (*machines*) specificamente ritenuti utili per l'oggetto della ricerca, la comunicazione, quali: sistema di chiamata (campanello), telefono, bacheche, citofono. Gli altri due punti analitici – *men and methods* – sono stati considerati a partire dalle risorse umane presenti e dalla tipologia di comunicazione – asimmetrica - rilevata. Lo schema finale di presentazione dei risultati è quello che segue (Fig. n. 1):

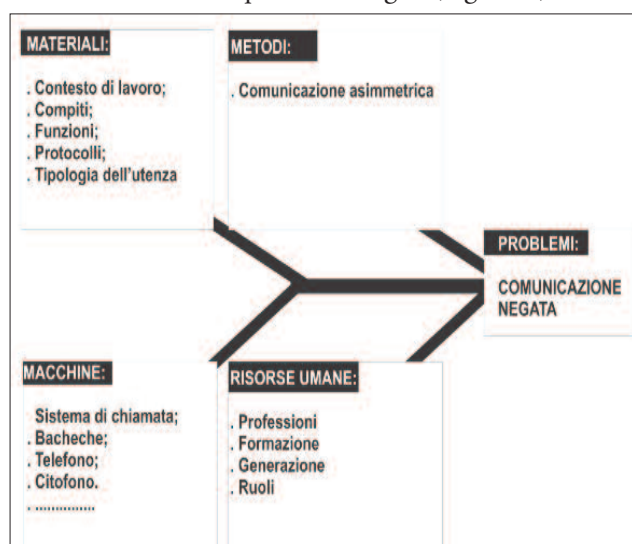


Fig. 1 Diagramma di Ishikawa

Il reparto in cui si è fatta la ricerca è attraversato da un corridoio centrale (lungo una decina di metri) su cui si affacciano stanze di degenza e di servizio. Le camere sono quindici, ognuna composta di due letti (ogni letto ha il suo sistema di chiamata), con un bagno ed un telefono. La lunghezza del corridoio è di circa una dozzina di metri, con due accessi diretti dall'esterno più un'uscita di emergenza. Le stanze di servizio sono costituite da: una cucinetta di reparto, lo studio degli infermieri, la medicheria, la stanza del briefing dei medici, quattro studi medici, due ambulatori, un magazzino e lo studio della caposala. Una parte del corridoio ha una rientranza laterale che costituisce un'area di svago per gli utenti, con una televisione ed un frigo a disposizione. Nella stanza della caposala, in quella degli infermieri e del *briefing*, è presente una bacheca ove appendere comunicazioni di servizio, circolari, appuntamenti, etc. Altrettante bacheche sono poste lungo il percorso del reparto a disposizione del pubblico. All'entrata degli studi medici e della stanza del briefing sono posti avvisi relativi agli orari di colloquio per i familiari. In una stanza (*briefing*) ve ne sono addirittura due, identici. L'utenza è rappresentata da una popolazione che si colloca mediamente attorno agli over-65, caratterizzata da problematiche di poli-patologia, con una percentuale di almeno il 50% non autonoma nei

movimenti, mentre sul piano comunicativo non più del 10 – 15% non è in grado di comunicare in maniera utile i suoi bisogni. Si rivela la presenza anche di personale privato d'accudimento (*badanti*) per circa il 20% degli assistiti. Nonostante vi sia un orario di visita predisposto, esclusi i momenti propri del giro delle visite cliniche del mattino, sostanzialmente l'entrata è libera.

I sedici infermieri rappresentano una diversità sul piano di genere, della formazione (diplomi professionali, universitari e lauree triennali), generazionale (*baby boom*, *x-generation*, *nexter*) e culturale (il 50% originario del luogo dello studio – Centro Italia - e la restante parte del Meridione, ma da tempo residente nella zona) da costituire un campione abbastanza variegato, che però non ha mostrato particolarità (vista le piccole dimensioni) da poter notare comportamenti particolari associati ad una o più delle caratteristiche descritte. Non si sono rilevate tensioni o conflittualità tali da inficiare il lavoro individuale e d'equipe. Le conoscenze, le competenze, e le capacità individuali sono pressoché omogenee, mentre differente è il modo di ognuno di relazionarsi, quello propriamente osservato durante il tirocinio.

Vari i comportamenti assunti durante il lavoro e i rispettivi livelli relazionali fra pazienti e professionisti. Il quadro generale di fondo è quello della comunicazione asimmetrica legata al ruolo degli operatori (infermiere – paziente), alla gerarchia propria del sistema (sanitario – malato), degli interventi (cura – malattia). La stessa postura è un indicatore di quanto detto. L'infermiere in piedi, in posizione dominante, e il paziente disteso sul letto, in basso, passivo. O come ad esempio quando il professionista si rivolge al paziente voltandogli le spalle, con la scusa che sta facendo "altro" da cui non si può distogliere l'attenzione. Anche la mimica del volto, che a volte tende a sfuggire lo sguardo del paziente o del caregiver guardando altrove o in basso, mentre si risponde, continuando l'attività in atto, come l'attraversamento del corridoio, o una prestazione assistenziale o rispondere ad una chiamata. C'è poi la tendenza a ridurre il più possibile i tempi di contatto, come nel caso della terapia, che è il momento in cui l'infermiere ovunque, ma specie in un reparto di degenza internistica, viene maggiormente a contatto con pazienti e familiari. Al di fuori dell'espletamento meramente funzionale del compito, molto spesso si è osservata la rapidità con cui il professionista tende a passare oltre. Legato a questo c'è anche il fatto che lo stesso giro della terapia viene svolto prevalentemente dal corridoio, facendo avanti e indietro fra il carrello dei farmaci e il letto del paziente, evitando così di permanere oltre lo stretto necessario nella stanza di degenza. Al di fuori del giro della terapia e/o delle visite, l'attività viene svolta principalmente in infermeria dove, in alcune occasioni, pazienti o familiari accedono diret-

tamente per chiedere informazioni o altro, senza suonare il campanello “per non disturbare”. L’infermiere in questo, molto spesso ha una reazione “stizzita”. A colui che gli ha fatto risparmiare alcune decine di metri di corridoio per andare a rispondere al campanello, specifica che è tramite quello che deve richiedere l’intervento, mostrando insofferenza verso “l’intromissione” nell’infermeria stessa.

Si rileva così un atteggiamento di rigidità, che tende ad esulare da qualsiasi coinvolgimento emotivo (empatia) o pedagogico (educazione terapeutica) o semplicemente relazionale. L’uso del neologismo “un attimino”, molto in voga nei contesti che prevedono una relazione con il pubblico (specie nelle pubbliche amministrazioni, nei servizi, etc.), è abbastanza presente. In maniera analoga, è presente un certo grado di giudizio verso le richieste che lo stesso paziente fa. Molto spesso, a fronte della manifestazione di un sintomo (in particolare del dolore) la frase più frequentemente usata è: *“E’ sopportabile?”*.

Il punto più significativo però è raggiunto con l’alta prevalenza di comportamenti caratterizzati dalla ritrosia nel dare informazioni e spiegazioni di sorta in merito alla dimensione clinica o terapeutica del paziente. Le frasi più frequentemente usate sono del tipo: “Lo chieda al medico”, “Non lo so per cosa serve questo farmaco”, “E’ il dottore che prescrive la terapia, io che sono l’infermiere la somministro e basta ...”, e così via. Le spiegazioni negate si hanno quando non riguardano la sola dimensione clinica, ma anche quella assistenziale. Nel momento in cui l’infermiere, predisposto per l’effettuazione di una tecnica assistenziale, come può essere il posizionamento di un catetere vescicale, di un accesso venoso periferico o di un sondino naso gastrico, arriva al letto del paziente con il materiale da esecuzione già pronto, mostra di avere poco tempo a disposizione per la prestazione, e meno parole, per parlare di quello che andrà a fare. Qualche volta la spiegazione data, molto stringata, è coniugata al plurale, quasi un plurale maiestatis che forse vuole unire infermiere e medico in un’unica soggettività professionale per dare autorevolezza a ciò che si sta facendo, oppure unire infermiere e paziente cercando in maniera molto verticistica un coinvolgimento di cui però non si crea alcun presupposto funzionale. Una comunicazione negata vera e propria che sembra ricalcare la stessa registrata in qualche occasione da parte del medico quando non coglie l’opportunità della firma di un consenso per spiegare procedure, scelte diagnostiche, prescrizioni terapeutiche, o più semplicemente per rafforzare la relazione di fiducia. In questo caso la comunicazione mancata del medico viene sostituita dalla comunicazione forzata da parte dell’infermiere, nei termini sbrigativi già accennati.

Durante il colloquio fra paziente ed infermiere,

anche la semplice coniugazione da parte di quest’ultimo dei verbi al plurale, rivolgendosi però ad un singolo, vuole essere un modo per mostrare distacco emotivo, autorevolezza ed impersonalità, specie se il contenuto veicolato riguarda un rimprovero o la sottolineatura di un divieto da rispettare o altro, accompagnando il verbo con una soggettivizzazione falsamente amichevole: *“Allora ragazzi, se ognuno fa quello che vuole ...”*; *“Dobbiamo uscire che fra poco inizia la visita!”*.

I risultati rilevati non hanno riguardato solo comportamenti che rifuggono la comunicazione, ma anche quelli che la ricercano in maniera marcata rispetto alle semplici esigenze professionali. In qualche caso i professionisti vanno dal paziente, senza bisogno della chiamata, per alleviare il tempo del ricovero dello stesso. Ricercano il contatto, la relazione, il confronto. Si rivelano propensi a dare informazioni, a condividere sentimenti ed emozioni, a farsi portatori di istanze e richieste in un ruolo di advocacy non molto diffuso nelle corsie italiane. Il tutto veicolato, oltre che dall’empatia, dall’educazione terapeutica, anche da quello che sembra essere un mal celato protagonismo istrionico che si fa strada nel dare informazioni scontate, nell’ampliare il portato di una indicazione banale o qualsiasi altro atteggiamento possa mettere in buona luce in maniera immediata, e quasi gratuita, l’operatore verso il paziente o il familiare. Molto spesso vengono trattate informazioni semplici che già nelle bacheche presenti nel reparto sono schematicamente ma chiaramente illustrate. Ecco che la semplice richiesta di conoscere un orario di entrata può essere allo stesso tempo segno di comunicazione negata: - *“Ci sono gli orari appesi laggiù”* - o ricercata quasi in maniera vischiosa: *“Come lei può vedere il tempo della visita dura due ore circa”*; aspetti differenti, apparentemente antiteci, di un medesimo problema.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Il contesto preso in esame è quello di un reparto ospedaliero, di un luogo di assistenza e cura che viene definito dal sociologo Goffman (1968) come istituzione totale, caratterizzata cioè da una netta divisione della popolazione in ospiti e staff, separazione dal mondo esterno in modo tale che l’istituzione stessa assume la dimensione di una “società altra” con tempi di vita propri scanditi in maniera pressoché rigida con relazioni formali fra gli individui al suo interno. La valutazione di Goffman, riferita a carceri e manicomi è di mezzo secolo fa, e molte cose sono cambiate da allora, ma la dimensione di istituzione totale continua ad essere presente in buona parte nelle strutture ospedaliere attuali, ed assume una valenza condizionante la sua stessa popolazione, in particolare quella infermieri-

stica, che rappresenta il campione preso in esame. In merito è bene ricordare come gli infermieri rappresentano una professione stretta fra diversi piani: quello relazionale e d'aiuto verso i pazienti, e quello istituzionale verso la struttura, condizionati da ciò che Witz (1992) chiama *dual closure*, il posizionamento professionale intermedio fra una categoria lavorativa gerarchicamente superiore (i medici) cui si cerca continuamente di erodere terreno di intervento, ed una categoria subalterna (gli OSS e gli ausiliari) tenuta lontana ed esclusa dal sapere professionale di competenza. Sotto molti aspetti è considerata una professione ancora in fieri, nonostante abbia attraversato tutte le cinque fasi di sviluppo illustrate da Wilensky (1964), e continua però ad essere ancora fortemente condizionata da quella che Freidson (2002) chiama la *dominanza medica* che ne fa una *semi-professione*, così come la definisce Etzioni (1969).

Sul piano architettonico, come descritto dai risultati, la struttura esaminata mostra un contesto che non crea particolari ostacoli. Gli strumenti a disposizione e gli spazi così come sono strutturati sono funzionali alla comunicazione. Nulla di significativo è emerso sul piano relazionale interno, dove il ruolo della coordinatrice del reparto si rivela molto utile a filtrare e smorzare eventuali conflittualità, che periodicamente si presentano per i motivi propri di ogni contesto sanitario e lavorativo. I risultati derivati dalle pagine del diario dell'osservazione rimandano ai rilievi propri della comunicazione. Agli sguardi negati, ai tempi abbreviati, alla mancata entrata nella camera di degenza e l'imperativo del fare, che deriva direttamente dalla dimensione gerarchica della sanità, che si rivela una buona giustificazione per molte cose. L'urgenza di finire i compiti assegnati, di avere qualcosa di più importante da svolgere, o di non voler sostenere oltre il dovuto la relazione con il paziente, diventa qualcosa di routinario. L'infermeria si trasforma in un luogo di rifugio, dove risolvere ed assolvere il più possibile del lavoro da fare. La somministrazione della terapia stessa è un rifugio, molto spesso con la scusa di non doversi distrarre si rimanda, si evita, non si risponde. In certi casi c'è un suo giustificativo di fondo, correlato alla dimensione organizzativa del *risk management*, che evidenzia la possibilità di errore terapeutico direttamente proporzionale al numero e al grado delle interruzioni che l'infermiere subisce per chiamate, chiarimenti, informazioni di vario genere. In molti paesi anglo-sassoni, gli infermieri a tale proposito indossano un grembiulino con su scritto "Drug around in progress, please do not disturb". Sicuramente utile per una corretta somministrazione dei farmaci, ma che alla fine può essere una barriera sul piano comunicativo. Non è il caso del contesto osservato anche se, da quanto emerso, la sensazione è quella di un bisogno, espresso indirettamente

dall'infermiere, di fuggire via dalle domande, da richieste di vario tipo, che sia un intervento, un lavoro in più da svolgere, o una informazione che non si è in grado di dare, per conoscenza o per competenza, temendo così di risultare disconfermati agli occhi dell'Altro. E il paziente rappresenta per l'infermiere l'Altro significativo, al pari del medico, da cui però in alcuni casi, rifugge la relazione, la prossimità, il linguaggio. Questo si riaggancia a quanto evidenziato in controtendenza, nel comportamento di chi, in controtendenza, cerca la relazione, invece che di rifugiarsi. Segno che questa, sotto certi aspetti, può risultare appagante, utile a colmare un vuoto, che va oltre la stessa dimensione della relazione terapeutica, e diventa ambito e strumento in cui il professionista ritrova se stesso. Sia il giro delle visite o quello della terapia o l'intervento occasionale, ogni comunicazione che ne consegue si origina in partenza da un piano burocratico, istituzionale, denso di una neutralità tutta tipica delle professioni di aiuto e che ancora si carica di valenze a sé stanti, che mostrano il professionista come irraggiungibile. Una dimensione percettiva che rischia di inficiare le tre principali funzioni della comunicazione: di *problem solving*, manipolatoria e di collante sociale. Il linguaggio freddo, neutrale è stato detto, burocratico e istituzionalizzante, esoterico sicuramente (modulato dalla pratica medica) è utile a livello manipolatorio per "tranquillizzare" il paziente sui suoi bisogni, desideri, angosce, etc. Non c'è bisogno di tirarlo fuori, a meno che la dimensione empatica non prevalga su tutto, per una situazione di particolare portato emotivo (es. la morte improvvisa di un parente). In quel caso l'empatia quasi assume la stessa valenza della burocrazia e giustifica "hic et nunc" la relazione da parte dell'infermiere. Al di fuori di questo (di cui non si è avuto modo di registrare particolari situazioni) resta la dimensione distaccata. La comunicazione come strumento per risolvere nell'immediato, rispondere ai bisogni, nella misura minore possibile perché può preludere a ulteriori lavori, compiti, funzioni, problemi e anche coinvolgimento, messa in discussione, disconferma potenziale. C'è poi la comunicazione come collante sociale, e di espressione identitaria, singola e di gruppo. Il lavoro dell'infermiere, a differenza di quello del medico, ha una valenza mista: è individuale, come quello del medico, ma anche fortemente collettivo in quanto deve lavorare con altri, perché sta in coppia con qualcuno, perché con qualcuno fa i letti, solleva gli ammalati, fa il turno di notte, etc. Un'accentuata dimensione multiforme, individuale e collettiva, che è anche quella maggiormente sentita sul piano professionale. La paura della disconferma, il rifugiarsi l'Altro significativo che è il paziente, significa rischiare di trovarsi di fronte ad uno specchio in cui si riflettono le proprie insicurezze: individuali ed umane

(la paura della morte, della sofferenza e della malattia). Il paziente rischia di essere visto come una memoria vivente della fragilità identitaria e tecnica di professionista, che in molti casi deve ricorrere al concorso del medico, per risolvere questioni assistenziali. Chiunque comunica parla di sé, e quindi una comunicazione negata forse vuole essere un modo per non dover parlare di sé, perché non si sa che cosa si vuol dire, oppure lo si sa fin troppo bene, e se ne ha paura, vergogna.

La dimensione fortemente codificata della comunicazione in sanità è al tempo stessa alterata, dove i canali di comunicazione e i sensi sono così totalmente condizionati dalla malattia, dalla chimica dei luoghi (l'odore di alcol che ristagna nelle corsie ospedaliere); è qualcosa che crea un contesto di fondo che rischia di mascherare la dimensione di sofferenza relazionale fra operatori e pazienti. Sull'altro piano si è visto come a volte proprio il contatto con il paziente, oltre le mere funzioni assistenziali, sia ricercato per rendere più sopportabile un turno di lavoro, un'equipe da cui si vorrebbe fuggire forse, una professione che pesa sempre più con il suo burn-out. Ricercare la comunicazione quindi con la stessa valenza con cui la si rifugge. La sicurezza gerarchica di dominare la situazione, anche semplicemente dal punto di vista prossemico e di postura: l'operatore in piedi, in fondo o accanto al letto, in una posizione distaccata o di forza, il paziente in clinostatismo disteso, quasi passivamente alla mercé del suo interlocutore. Distanza ed avvicinamento, prossimità e fuga, due diverse facce della stessa medaglia di una fragilità professionale che legge la relazione con l'altro in termini di giudizio, e quindi la evita perché teme un risultato negativo o la ricerca se invece può produrre rassicuranti risultati immediati.

Ciò che si è potuto vedere durante l'osservazione partecipata in prevalenza è il fuggire la relazione, la paura di essere "esaminati" e "contaminati", la solitudine professionale alleviata dalla meccanicità di funzioni e compiti che, al di là di qualsiasi profilo e cambiamento normativo, ancora dominano il quadro professionale infermieristico italiano e internazionale. Nella comunicazione negata l'infermiere non ha paura di stereotipi, luoghi comuni, pregiudizi che lo possano etichettare. Tutt'altro, in molti casi, nascosto dietro la maschera della tragedia pirandelliana, accetta anch'egli stereotipi di vario genere, per rendere più facili processi classificatori, in una dimensione di pensiero – quella sanitaria – che è molto categorizzante di per sé.

Non è facile tracciare un quadro conclusivo generale. I dati emersi mostrano sicuramente la necessità di ulteriori e più approfonditi studi sulla comunicazione fra infermiere e paziente, sulle criticità evidenziate. Due gli aspetti particolari che in questo studio pilota sono risaltati. Il primo legato ai comportamenti dei singoli da prendere in considerazione più approfonditamente

in tutti gli aspetti relazionali nelle varie situazioni di lavoro (assistenza, terapia, giro visite, attività ambulatoriale, etc) e in contesti diversi dal solo esaminato (corsia internistica). L'altro aspetto è quello accennato all'inizio, relativo al campione il quale dovrebbe essere abbastanza ampio al fine di poter rilevare peculiarità legate alla cultura, all'istruzione, al genere, all'età, e così via

Lungo questo ragionamento può essere studiato un progetto più ampio e articolato sulla comunicazione mancata. Nella descrizione fatta l'unico strumento usato è stato quello dell'osservazione partecipata, che sul piano sociologico e antropologico, riesce a combinare il livello emic ed etic della situazione, ma può farsi forte dei risultati di altri strumenti quali: interviste, questionario, campionatura più ampia.

L'obiettivo finale rimane quello di dare una risposta all'esistenza di una comunicazione che, rifuggita o meno, mostra una relazione alterata fra infermiere ed utente. In questo caso, una volta eliminate le variabili da studiare, legate alla dimensione personale, resta il portato identitario e ritorna il quesito posto all'inizio in cui ci si chiede se una comunicazione disfunzionale non sia il segno di una fragilità interiore più profonda del professionista, come singolo e come comunità. Forse che la tendenza a fuggire il rapporto con il paziente dipende dal livello di stima e autonomia che si ha di se stessi, della professione, del servizio? Ci si nega all'altro perché per primo ci si rifiuta? La relazione diventa quindi narrazione di sé, della propria professione, del proprio lavoro che non vuole essere raccontato.

E questo può valere anche in senso inverso, come accennato, quando si ricerca l'Altro significativo. Forse più che nella comunicazione negata, in questo caso si può notare il bisogno professionale e personale dell'operatore di poter apparire agli occhi di qualcuno – il paziente, il caregiver – sotto una luce diversa di una lettura della quotidianità che lo relega ad un ruolo ancillare. Se si è potuto osservare molto spesso il rifiuto di dare informazioni al passante occasionale, mascherandosi dietro l'esigenza di servizio, in quei pochi casi in cui avviene il contrario si è notato a volte quasi un'attenzione superiore al dovuto. Tono della voce, semplicità dei termini usati, indicazioni chiare e soprattutto tempo impiegato senza alcuna ristrettezza rivelano il bisogno di essere, almeno per quel frangente di tempo, un professionista che desta interesse, meraviglia, riconoscenza, o comunque semplicemente benevolenza nei confronti dell'altro interlocutore. La comunicazione "ricercata" parla insomma forse in misura maggiore rispetto a quella negata, di un mondo e di attori di quel mondo dove la relazione deve recuperare tempi, luoghi, saperi, e forse anche rappresentazioni e percezioni. E questo con la consapevolezza che non si può indurre

la benevolenza, l'empatia, la passione a partire automaticamente dalle righe di un testo formativo, di un piano sanitario, di una carta dei servizi o di un codice deontologico. E' qualcosa che parla del *touch care* e del *counseling*, che diventa espressione e proiezione allo stesso tempo della professione infermieristica (o dell'essere paziente) come risultante tridimensionale del contesto in cui ci si è formati, cresciuti come professionisti, costretti a confrontarsi giornalmente con la limitatezza delle risorse. Lungo questo percorso dinamico e multifunzionale, possono e devono realizzarsi tutte le condizioni migliori per fare in modo che la comunicazione sia veramente uno strumento più sentito che utilizzato, e che questa rappresenti una risorsa relazionale verso il paziente, nel breve periodo rispetto al sistema, ma nel tempo sia un investimento individuale e professionale per ostacolare il sorgere di quelle condizioni di frustrazione che molto spesso sono alla base del *burn-out*, permettendo una conferma da parte dell'Altro significativo di cui il professionista sanitario ha un necessario e quotidiano bisogno.

BIBLIOGRAFIA

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, University of Chicago Press, Chicago.
- Cipolla C, Artioli G (2004) *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*. Franco Angeli Editore, Milano
- Cocco G, Tiberio A (2005) *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio-sanitario; comunicazione, lavoro di gruppo e team building*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Cotichelli G. (2013) *Disuguaglianze della salute e professione infermieristica: risorse e criticità per l'equità del sistema sanitario*. Franco Angeli Editore, Milano
- Etzioni A. (1969) *The semi-professions and their organisation*. Teacher, nurses, social workers, New York, The Free Press, 1969, 328 p.
- Freidson E. (2002) *La dominanza medica. La base sociale della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Franco Angeli Editore, Milano
- Ginestra A, Venere A, Vignera R (2008) *Elementi di comunicazione per le professioni sanitarie. Strategie operative per le aree infermieristica, preventiva, riabilitativa e tecnica*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Goffman E. (1968) , *Asylums. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*. Torino, Einaudi, 400 p.
- Goode, W.J. (1969). *The theoretical limits of professionalization*, in A. Etzioni (a cura di), *The semi-professions and their Organization: teachers, Nurses, Social Workers*, The Free Press, New York.
- Guarino F. (2004) *Il peso specifico dello sguardo: la tecnica dell'osservazione sociologica allo specchio in* Corposanto C. *Metodologia e tecniche non intrusive nella ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano
- Ishikawa K, Loftus JH., (1990) *Introduction to quality control*. Tokyo, Japan: 3A Corporation.
- Leininger M. (1995) *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practices*, McGraw Hill New York
- Leininger M. (1985), *Qualitative Research Methods in Nursing*, Columbus Ohio, Greyden Press.
- Wilensky H. (1964) trad. it. in W. Tousijn, *Sociologia delle Professioni*, Il Mulino, Bologna 1979, pp. 134
- Witz A. (1992) *Professions and Patriarchy*, London, Routledge, 233 p.

