

***La comunicazione dei professionisti in sanità:
strategie d' intervento***

**PROGETTO DI MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITA' NELLA COMUNICAZIONE NEI SETTING ASSISTENZIALI**

***di Marco Alaimo**

Indice	Pagina
1. Premessa	3
2. Prove di efficacia a supporto del progetto	6
3. Progetto di miglioramento	8
3.1 Realizzazione di un Team di infermieri esperti per condurre incontri sull'autocura	
3.2 3.2 Metodologia utilizzata	
3.3 Team di progetto	
3.4 Mappatura e identificazione del processo	
3.5 Obiettivo generale	
3.6 Obiettivi specifici	
3.7 Indicatori di esito	
3.8 Indicatori di esito/processo	
3.9 Indicatore di struttura	
3.10 Diagrammi	
4 Conclusioni	16
5 Bibliografia	17

1. PREMESSA

Dagli anni 60 con la scuola di Paolo Alto, nelle persone di Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson ed altri, si iniziò a parlare della funzione pragmatica della comunicazione, vale a dire la capacità di provocare degli eventi nei contesti di vita (sociale-lavorativa-personale) attraverso l'esperienza comunicativa, intesa sia nella sua forma verbale che in quella non-verbale; ma anche della complessità dei sistemi grazie soprattutto al biologo austriaco - americano Ludwig von Bertalanffy.

L'uomo è un sistema che vive e comunica con altri sistemi.

Molte teorie in campo infermieristico hanno posto in primo piano il tema della comunicazione fra infermiere e paziente spesso riferendosi alle teorie relazionali "rogersiane"; la teoria proposta dalla Rogers è complessa. Per elaborarla la studiosa americana utilizza nozioni apprese da molte discipline scientifiche e umanistiche. Nelle affermazioni teoriche della Rogers, in particolare, si avvertono echi della teoria della relatività di Einstein, ma soprattutto della teoria dei sistemi elaborata negli anni cinquanta appunto da von Bertalanffy.

La Rogers ha una visione globale dell'uomo. Scrive: "L'uomo è un tutto unificato che possiede la propria integrità e che manifesta caratteristiche che sono più della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle sue parti".

Per la Rogers il *nursing* è sia una scienza che un'arte. Scrive: "*Il nursing è una scienza umanitaria basata sulla compassione e finalizzata a mantenere e favorire la salute, prevenire la malattia e assistere e riabilitare i malati e i disabili*". L'infermiere non ha compiti di dipendenza, ma coopera con i professionisti delle altre discipline sanitarie.

Lidya E. Hall nei primi anni '60 sviluppa un modello della professione infermieristica ove l'aspetto centrale è costituito dalla relazione fra infermiere e paziente, utilizza la tecnica Rogersiana della "riflessione" che consiste nel ripetere, con parole diverse, alcune verbalizzazioni del paziente per invitarlo a "chiarire" ed esplorare meglio i propri sentimenti collegati all'argomento. La Hall

è inoltre convinta dell'esigenza di un "nursing professionale" agito da persone che hanno studiato scienze comportamentali e tecniche di comunicazione.

Jean Watson (1940 – Stati Uniti), sottolinea l'importanza di una relazione di fiducia fra infermiere e paziente che implica congruenza, empatia, comunicazione efficace.

Ida Jean Orlando (1926 – Stati Uniti) usa la *relazione interpersonale* come base per il proprio lavoro, pone l'accento sulle espressioni verbali e sui segnali non verbali, per individuare i bisogni del paziente. Le teorie della Orlando sono state sottoposte da vari studiosi all'approccio sperimentale per esaminarne l'influenza sul disagio del paziente durante il ricovero e/o prima di un intervento chirurgico con questi risultati:

- Riduzione dello stress durante il ricovero sia per pazienti adulti che bambini che per i relativi famigliari
- Una indagine pre-operatoria sui veri motivi dell'angoscia aiutava l'infermiere ad agire in modo più appropriato e abbassava l'angoscia del paziente.
- Un livello minore di angoscia prima della operazione corrispondeva a minori complicazioni post-operatorie
- L'intervento infermieristico era più efficace in condizioni di relazione empatica

Anche se può sembrare intuitivo la "cura" della comunicazione fra professionista sanitario e assistito ha un effetto positivo sull'esito della salute a breve e a lungo termine. Non solo teorie, ma studi scientifici lo dimostrano e siamo proprio partiti da qualche teoria per dimostrare come da sempre il Nursing si è interessato di questo aspetto.

Riteniamo che una più efficace comunicazione fra le persone in genere, e fra infermiere e paziente in particolare, possa operare trasformazioni positive nell'uno e nell'altro dovute all'empatia, al calore umano e al senso di comprensione e di accettazione che si crea, alla compliance.

Ci sono capacità e competenze indispensabili per esercitare effettivamente un intervento di aiuto tramite una comunicazione efficace:

- ascoltare
- non interpretare
- riconoscere e accettare il quadro di riferimento dell'altra persona
- non giudicare, non moralizzare, non sovrapporre il nostro modo di pensare e di decidere a quello dell'altra persona
- esprimersi in modo chiaro, comprensibile e accettabile per l'altro
- usare le domande in modo ordinato, organizzato e chiaramente finalizzato.

Alcune di queste capacità si fondano su un atteggiamento personale e mentale che definiamo "ascolto" in senso ampio. Altre (capacità di espressione chiara, abilità nel formulare le domande e concatenare i contenuti del colloquio) richiedono anche ***una competenza e una pratica comunicativa che deve in parte essere appresa, affinata e trasformata in uno "stile" comunicativo personale efficace.***

Identificato come "***strumento***" utile al professionista per acquisire e "spendere sul campo" le capacità elencate, possiamo parlare di competenze specialistiche che spesso vengono acquisite con perfezionamenti in abilità comunicative e di counseling (infermieristico) all'interno del processo assistenziale rivolto al paziente ricoverato in ospedale dal momento del ricovero al momento di dimissione; con attenzione anche alla posizione dei familiari all'interno del processo stesso, e dell'intera equipe di cura, con ricadute positive sulla continuità assistenziale (domicilio).

Studi scientifici dimostrano che avere abilità comunicative possa aiutare l'infermiere ad instaurare una relazione d'aiuto capace di *"informare, affiancare, accompagnare, educare" le persone ricoverate ed i familiari, così da rendere ogni tipo di comunicazione, anche quelle particolarmente difficili, affrontabile per tutti gli attori coinvolti.*

Una buona comunicazione e relazione consente altresì di ottenere dalle persone un feedback importante sulle reali necessità di informazione che esse

hanno all'interno della relazione di cura, così da guidare i professionisti nella **scelta di tecniche comunicative ed informazioni realmente utili.**

Altri studi mettono in evidenza alcune peculiarità nel Nursing:

- la comunicazione è l'essenza della cura ed è il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure. L'informazione è un aspetto della comunicazione, poiché l'intero sistema comunicativo comprende gli attori, il messaggio (informazione), gli strumenti e la relazione. *Non c'è passaggio efficace di informazione se non è curato l'intero processo comunicativo e relazionale.*

- non esiste un metodo o strumento universale utile all'infermiere per trasmettere informazioni, ma è necessario tenere conto di tutto il contesto in cui avviene il passaggio di informazione: ogni veicolo informativo va adattato alle esigenze contingenti, accordandolo con le preferenze della persona assistita/famigliari e le risorse disponibili. "Qualora le risorse disponibili siano limitate, può essere solo l'atteggiamento dell'operatore consapevole a fare la differenza da un punto di vista qualitativo".

I vari studi dimostrano come un'informazione chiara fin dall'inizio del percorso terapeutico favorisce e permette alla persona di familiarizzare con l'ambiente e con le dinamiche sanitarie oltre che acquisire fiducia con gli operatori. La comunicazione deve poi cercare di mantenere e consolidare l'informazione acquisita rendendo **abili le persone nel mantenere lo stato di salute.**

Nei Setting assistenziale spesso l'informazione e la comunicazione sono veicolate da tempi e da modalità che non permettono sempre di verificare l'apprendimento e di gestire eventuali criticità.

Sarebbe necessario creare degli spazi di "condivisione" dove il professionista esperto fornisca agli assistiti l'informazione necessaria e permetta una comunicazione efficace.

2. PROVE DI EFFICACIA A SUPPORTO DEL PROGETTO

Studi scientifici dimostrano che avere abilità comunicative possa aiutare l'infermiere ad instaurare una relazione d'aiuto capace di **"informare,**

affiancare, accompagnare, educare” le persone ricoverate ed i familiari, così da rendere ogni tipo di comunicazione, anche quelle particolarmente difficili, affrontabile per tutti gli attori coinvolti.

Una buona comunicazione e relazione consente altresì di ottenere dalle persone un feedback importante sulle reali necessità di informazione che esse hanno all'interno della relazione di cura, così da guidare i professionisti nella scelta di tecniche comunicative ed informazioni realmente utili.

Altri studi mettono in evidenza alcune peculiarità nel Nursing:

- la comunicazione è l'essenza della cura ed è il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure. L'informazione è un aspetto della comunicazione, poiché l'intero sistema comunicativo comprende gli attori, il messaggio (informazione), gli strumenti e la relazione. Non c'è passaggio efficace di informazione se non è curato l'intero processo comunicativo e relazionale.

- non esiste un metodo o strumento universale utile all'infermiere per trasmettere informazioni, ma è necessario tenere conto di tutto il contesto in cui avviene il passaggio di informazione: ogni veicolo informativo va adattato alle esigenze contingenti, accordandolo con le preferenze della persona assistita/famigliari e le risorse disponibili. “Qualora le risorse disponibili siano limitate, può essere solo l'atteggiamento dell'operatore consapevole a fare la differenza da un punto di vista qualitativo”. Vari studi dimostrano come un'informazione chiara fin dall'inizio del percorso terapeutico favorisce e permette alla persona di familiarizzare con l'ambiente e con le dinamiche sanitarie oltre che acquisire fiducia con gli operatori. **La comunicazione deve poi cercare di mantenere e consolidare l'informazione acquisita rendendo abili le persone nel mantenere lo stato di salute.**

Nei Setting assistenziale spesso l'informazione e la comunicazione sono veicolate da tempi e da modalità che non permettono sempre di verificare l'apprendimento e di gestire eventuali criticità.

Sarebbe necessario creare degli spazi di “condivisione” dove il professionista esperto fornisca agli assistiti l'informazione necessarie e permetta una comunicazione efficace.

Noi come professionisti siamo “Strumenti di Relazione” Aspecifici (ad esempio essere in grado di passare da un reparto all’altro, gestire le situazioni in diversi contesti) e Specifici (unici nell’assistenza e nell’erogare un’assistenza personalizzata).

I suddetti motivi alimentano la necessita di creare delle modalit  comunicative ancorate alle realt  operative ma che al contempo si pongono come obiettivo primario quello di verificare gli effetti sul benessere del paziente.

Una revisione sistematica della Cochrane Collaboration ha preso in esame le informazioni scritte rispetto alle informazioni/comunicazioni verbali, relative alle cure e alle procedure diagnostiche, per indagarne l’efficacia rispetto alle conoscenze acquisite e alla customer satisfaction dell’utente. La revisione sull’argomento, a causa delle diverse metodologie di studio utilizzate, non ha permesso di effettuare un’analisi metanalitica. Negli studi oggetto della revisione non sono stati presi in considerazione alcuni outcomes quali: le riospedalizzazioni, le complicanze i tempi di recupero, i costi, l’ansia, l’aderenza al trattamento suggerito e la formazione del personale nella distribuzione e nella somministrazione delle informazioni scritte.

Lo studio effettuato conduce a concludere che si devono sviluppare ulteriori percorsi di ricerca che includano gli outcomes, sopramenzionati prendendo in considerazione altre modalit  di trasmissione delle informazioni.

3. PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

3.1 Realizzazione di un team infermieristico specialistico nella comunicazione e formazione in autocura

Il confronto tra i vari servizi e la letteratura ha evidenziato la necessit  di dare informazioni e comunicazioni chiare al paziente per l’acquisizione di una consapevolezza nel processo di autocura e la necessit  di uniformare le modalit  di trasmissione delle informazioni tra i professionisti e gli utenti.

L'intento è quello di progettare un team di professionisti motivati e preparati con modalità avanzate rispetto alla formazione di base al fine di dare informazioni e raccomandazioni tramite una comunicazione specifica nella gestione dell'autocura con le caratteristiche di appropriatezza, completezza, chiarezza per ridurre e diminuire le difficoltà che spesso si associano ad una semplice informazione che non permette quindi una verifica dell'acquisizione di capacità di autocura dell'assistito e di stabilire una relazione di fiducia e/o continuità assistenziale.

Rilievo della criticità

Attraverso la rilevazione delle diverse modalità di gestione delle informazioni, in alcuni setting, si è potuto verificare la presenza di alcune criticità legate alle modalità di somministrazione delle informazioni al paziente.

In alcuni contesti assistenziali sono presenti dei fogli illustrativi, sorta di guide, non sempre ben strutturate, che vengono consegnate ai degenti dagli infermieri che prendono in consegna l'assistito; generalmente già dal momento dell'accoglienza vengono fornite informazioni sul percorso e su quello che può essere il percorso clinico-assistenziale da seguire. Ove presente vi è un infermiere referente, soprattutto nei modelli con intensità di cura, che fornisce e segue l'assistito in tutto il percorso di cura.

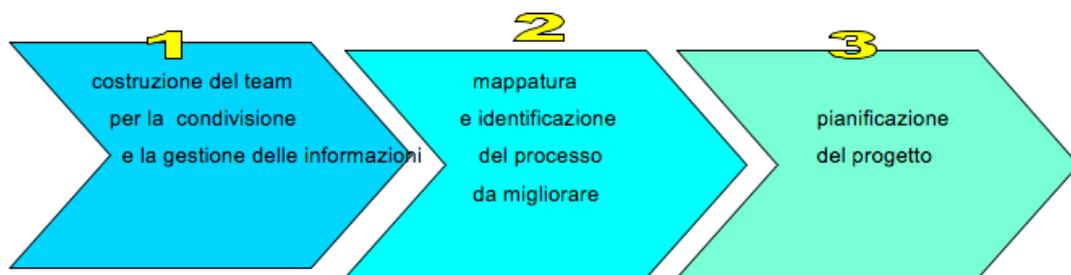
Spesso però c'è una carenza nel momento di comunicazione/formazione del paziente e/o caregiver, un periodo temporale d'incontro in cui è possibile mettere a disposizione degli utenti le specifiche competenze dei singoli professionisti attraverso una modalità interattiva. **La comunicazione deve essere alla base di ogni singolo intervento ma non può essere delegata solo all'informazione contenuta in un opuscolo ma necessita, per tematiche sensibili e tanto importanti come la salute umana, di una interazione professionale avanzata fatta da un esperto come l'infermiere.**

L'obiettivo è quello di migliorare il processo assistenziale attraverso dei momenti di condivisione e gestione dell'informazione circa i vari aspetti dell'autocura.

L'utilizzo di strumenti e metodologie di monitoraggio tipici dei project-work di miglioramento quali ad esempio, la formulazione di obiettivi, indicatori di esito, le matrici responsabilità/attività/tempi e la tecnica di revisione e valutazione dei programmi (PERT) il diagramma di Gantt, risulta irrinunciabile.

3.2 Metodologia utilizzata

Fasi e sequenze del processo



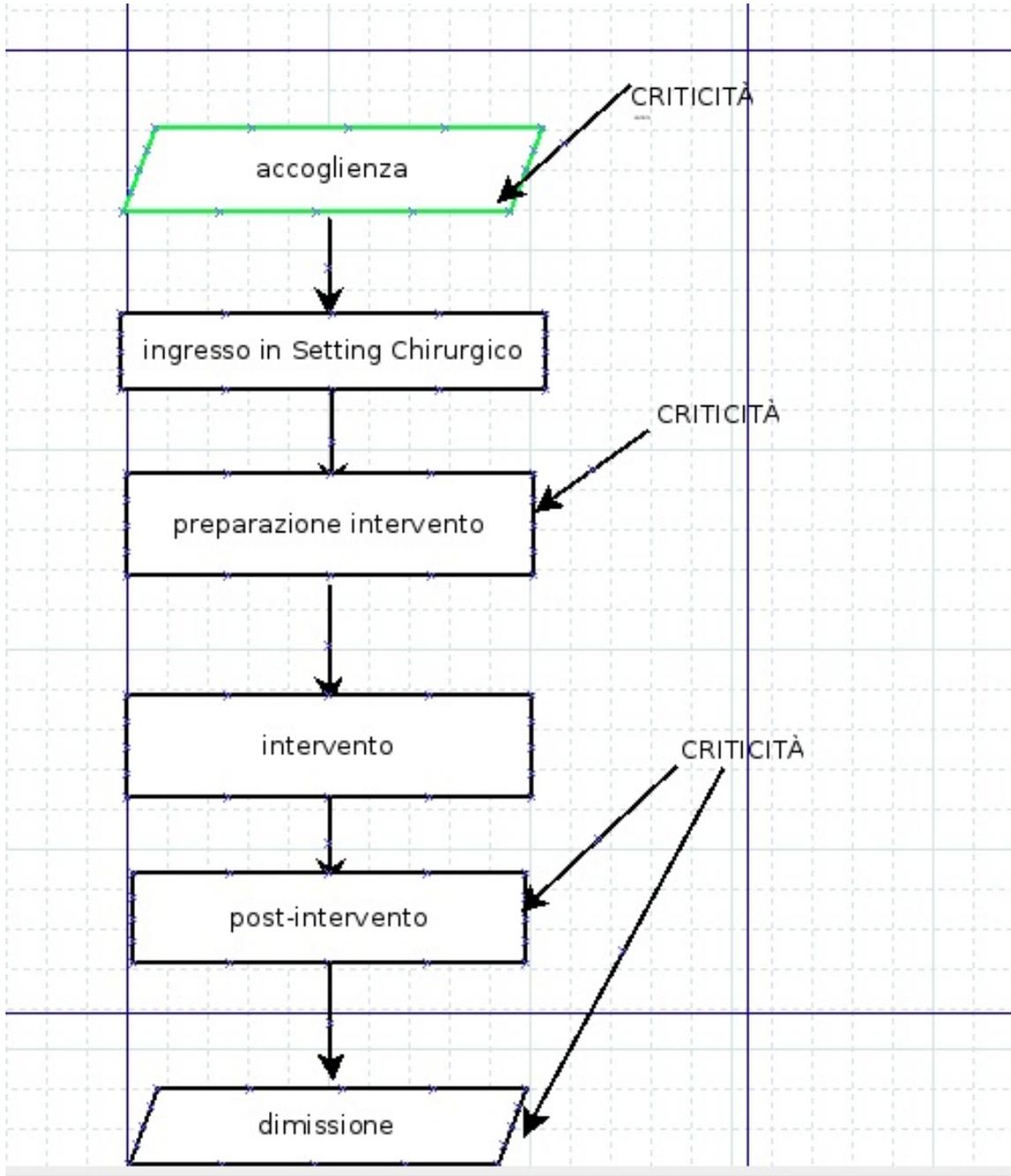
3.3 Team di progetto

Il gruppo di miglioramento è costituito da:

- Responsabile del progetto: Direttore U.O. o Dipartimento
- Coordinatore del progetto
- 4 Infermieri

3.4 Mappatura e identificazione del processo

Diagramma di flusso, processo attuale



3.5 Obiettivo generale

Assicurare l'informazione e l'educazione attraverso una comunicazione efficace con l'utente, dare supporto e assistenza al paziente e ai suoi familiari con l'apporto della competenza professionale infermieristica

3.6 Obiettivi specifici:

1° obiettivo

I pazienti e i loro familiari sono in grado di conoscere il percorso da intraprendere (es: intervento chirurgico) conoscendo le varie figure di riferimento, anche con l'ausilio di depliant informativi sull'autocura.

2° obiettivo

La persona e i suoi familiari sono capaci di eseguire e gestire in autonomia l'autocura suggerita.

3° obiettivo

I pazienti ed i familiari con il supporto degli infermieri esperti sanno identificare e realizzare la corretta sequenza delle azioni da mettere in atto nell'autocura ed esprimono eventuali criticità.

4° obiettivo

Attraverso le informazioni fornite nei vari incontri strutturati il paziente e i familiari riducono sensibilmente i livelli di ansia e di preoccupazione per l'intervento e il percorso post.

3.7 Indicatori di esito

1° indicatore di esito

Numero di persone che sono in grado di descrivere il percorso clinico assistenziale e le figure di assistenza a cui fare riferimento;

2° indicatore di esito

Numero persone che riescono ad eseguire in maniera corretta l'autocura utilizzando le istruzioni fornite durante gli incontri con gli infermieri esperti;

3° indicatore di esito

Numero persone che sono riuscite ad attuare la corretta sequenza delle azioni, mettendo in risalto eventuali criticità e trovare la soluzione specifica grazie al supporto del professionista;

4° indicatore di esito

Numero di pazienti che riferiscono l'efficacia degli incontri nella riduzione dell'ansia e della preoccupazione.

3.8 Indicatori di esito/processo

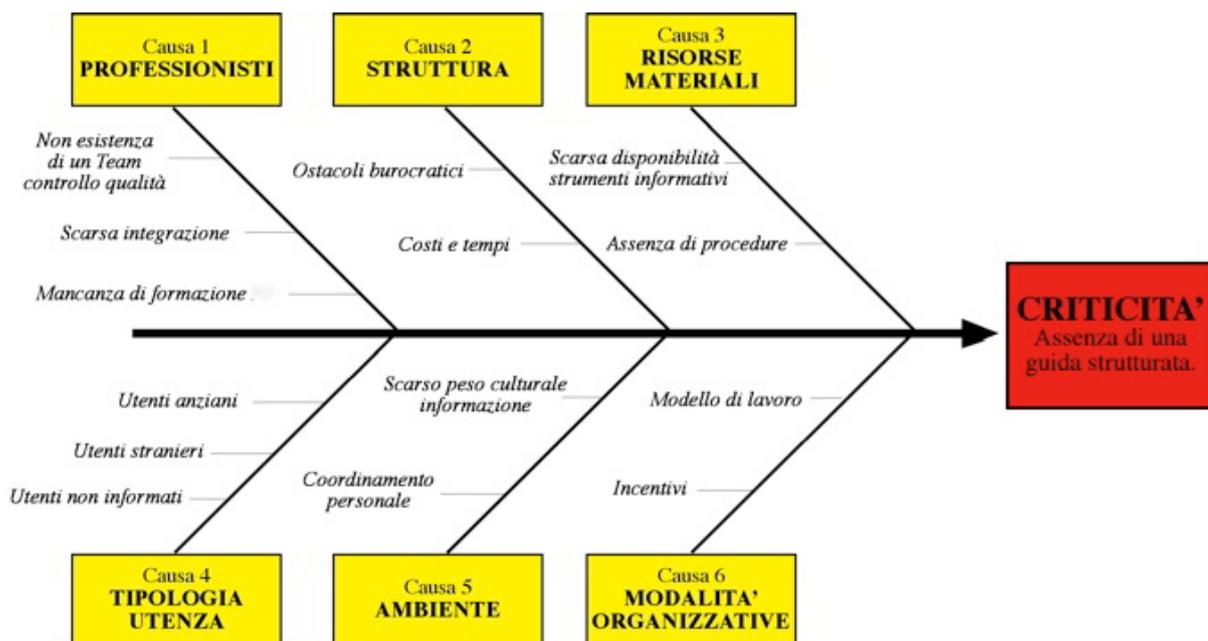
Verifica attraverso una griglia di osservazione il numero di persone che frequentano gli incontri e conoscono l'autocura suggerita aumentando l'autonomia personale

3.9 Indicatore di struttura

Presenza, nel servizio e/o setting di un team formato in competenze avanzate (comunicazione, stomie, terapie sottocutane, dieta) che è presente tramite un calendario stabilito di incontri

3.10 Diagrammi

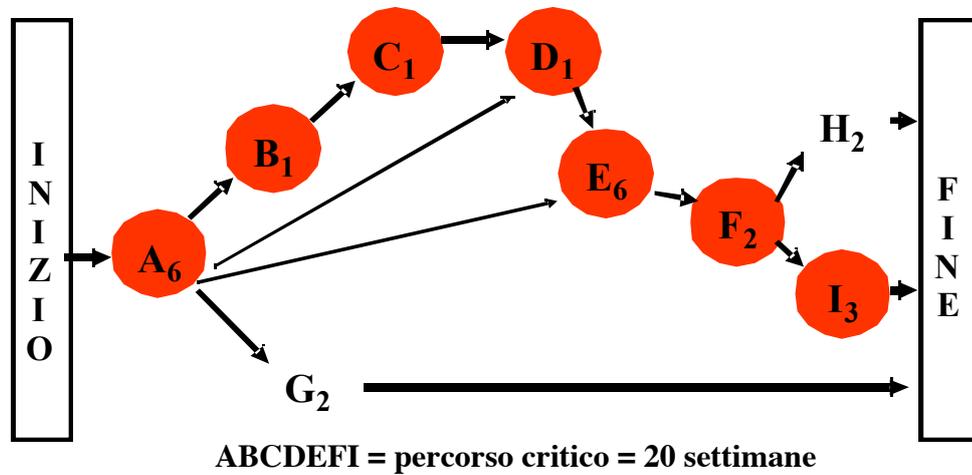
Diagramma causa-effetto o Ishikawa



Matrice responsabilità/attività/tempi

CODICE	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPI	PRECEDENTI
A	Preparazione protocollo operativo	n° 4 infermieri	6 sett.	
B	Previsione ore aggiuntive Infermieri	Coordinatore	1 sett.	A
C	Validazione responsabile	Responsabile	1 sett.	AB
D	Incontro con tutto il personale per presentazione progetto	Coordinatore + infermiere	1 sett.	AC
E	Formazione personale	Referente dlf.	6 sett.	ABCD
F	Organiz./logistica programmazione calendario strutturato incontri	n° 4 infermieri	2 sett.	E
G	Preparazione griglia osservabilità per applicazione protocollo	Coordinatore	2 sett.	A
H	Preparazione questionario soddisfazione utenti e famigliari	Infermiere	2 sett.	AEF
I	Produzione di strumenti di verifica del progetto per il professionista e utente	infermiere+coordinatore	4-6 sett	AEFGH

Il cammino critico (PERT)



CONCLUSIONI

Attraverso il rilievo di alcune criticità legate all' informazione e la comunicazione con il paziente che deve affrontare un percorso di cura (es: intervento chirurgico), a seguito di una revisione della letteratura disponibile, si è cercato di descrivere, a scopo eminentemente didattico, le principali tappe del processo di progettazione di un Team Infermieristico professionale, che ha come obiettivo oltre alla creazione di spazi interattivi e formativi con il degente (in modo da aumentare l'autonomia nel gestire lo stato di salute dopo un evento critico), quello di stabilire relazioni di aiuto tramite competenze avanzate nella comunicazione. Inoltre si è sottolineata l'importanza delle evidenze scientifiche a supporto delle metodologie di progetto, elementi necessari per la realizzazione di strumenti educativi ed informativi rivolti all' utente.

Note :

Progetti che devono tenere conto della multidimensionalità e variabilità del tempo e che richiedono strumenti elastici;

Tenere presente la dinamicità della risorsa umana anche negli aspetti delle risorse umane e personali;

Possono essere presenti depliant con la spiegazione (in modo chiaro e semplice) dell'attività di autocura da svolgere (ad esempio terapia sottocutanea); materiale video e/o fotografico.

Possibilità di far partecipare persone di associazioni che hanno già vissuto una certa esperienza (stomia, post-intervento, diabete, BPCO etc).

Tutto questo al fine di garantire una informazione sufficientemente buona, una riduzione dell'ansia, una migliore gestione del dolore, un' aumentata capacità di avere comportamenti collaborativi al fine di migliorare la cura, la comprensione di quali siano realmente i bisogni da soddisfare.

Punti di forza: una maggiore compliance terapeutica e possibilità di monitoraggio degli interventi di autocura eseguiti, possibilità di follow up a medio e lungo termine, gestione delle risorse umane e delle competenze con la possibilità di creare dei corsi ad hoc per gli operatori.

Punti debolezza: non tutte le persone assistite vogliono partecipare a dei gruppi e preferiscono solo l'informazione data in maniera classica; il gruppo infermieristico non condivide la finalità di tale modalità comunicativa; mancanza di formazione specifica con competenza acquisita nello specifico settore.

- Estrema variabilità dell'organizzazione e di altri elementi che spesso ci possono creare problematiche. Tutti questi strumenti sono necessari per dettagliare il problema ed organizzare un intervento.

- La qualità la fanno gli infermieri con il loro esserci e la formazione è essenziale ma la cosa principale è la PERSONA (non solo gli strumenti o la struttura)

BIBLIOGRAFIA

- Luck A, Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial, *Lancet*. 1999 Dec 11;354(9195):2032-5
- Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD, Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1, The full text of the review is available in *The Cochrane Library* (ISSN 1464-780X).
- The Joanna Briggs Institute, Trattenimento di conoscenze dalle informazioni ricevute dal paziente ricevute in fase preoperatoria, Vol. 4, N. 6, 1:6, 2000.
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J, Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1, The full text of the review is available in *The Cochrane Library* (ISSN 1464-780X).
- Bateson, G., Verso un'ecologia della mente.
- Benini.S., Pedagogia e Infermieristica in dialogo, Clueb, 2006.
- Bert G., Doglio M, Quadrino S. Le parole del counselling sistemico.Torino. Ed. Change.
- Brolis, N. Postal, R. Povoli, Lavorare in gruppo: la collaborazione medici-infermieri, Assistenza infermieristica e ricerca. 2006,25,2.
- Calanchi S., Chiarelli P., Capodiferro P. Tecniche e metodologie d'informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri,Centri studi EBN,Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico AO di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi. Riferimento a "Communication is the essence of nursing care. 1: Breaking bad news" Chauhan G., Long A. *British Journal of Nursing*, Agosto 2000.
- Cesar, Picogna, I familiari dei pazienti ricoverati in un centro di cure intensive: uno strumento per il miglioramento della qualità assistenziale. Scenario, 2006.
- Chauhan G., Long A. "Communication is the essence of nursing care. 1: Breaking bad news" *British Journal of Nursing*, Agosto 2000.
- Demetrio D., L'educazione nella vita adulta: per una teoria fenomenologia dei vissuti e delle origini. Roma: Carocci 1995.

- E. Malaguti, Educarsi alla resilienza, Trento. Erikson, 2005.
- M.A.Pistorio, "Theory of human caring: costruire l'identità infermieristica", Tesi di Laurea.
- Pedrotti, Magotti, Ricci, Gottardi, La percezione dei fattori di stress dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, Assistenza infermieristica e ricerca, 2002.
- C.Rogers, La terapia centrata sul cliente.
- P. Sorzio, La ricerca qualitativa in educazione, Carocci, 2005.
- Spinsanti. L'educazione come terapia.
- L. Zannini. Salute, malattia, cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio-sanitari.
- Watzlawick, Beavin, Jackson. Pragmatica della comunicazione umana.
- Vanzetta M., Valicella F., Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo, Management Infermieristico, Verona, n 4/2000.
- Bassetti O., Psicologia della Salute e Nursing, Emmebi Diffusione Editore, Milano, 1991.
- Forchuck C., Martin M.L., et al., Therapeutic Relationship to hospital from community, 2002.
- Gallop Ruth N.M., et al., Establishing Therapeutic Relationship, Nursing Best Practice Guidelines, 2002.
- La relazione e la comunicazione con la persona assistita, Nursing Oggi, N 4, 2000.
- Zani B., La comunicazione come processo sociale, Il Mulino, Bologna, 1983.
- Cavicchioli A., et al., Elementi di base dell'assistenza Infermieristica, Vol.1, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1994.
- Zeithamal et al., I fattori strategici delle aziende sanitarie. Dalla qualità del servizio all'utente alla definizione di sistemi premianti per il personale, Milano, Lauri Edizioni, 1996.