



**UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE – ROMA  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA “A. GEMELLI”  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO  
SCUOLA “PADRE LUIGI TEZZA”  
CORSO DI LAUREA DI PRIMO LIVELLO  
IN INFERMIERISTICA**

## **Tesi di Laurea**

**L’IMPORTANZA DELL’ASCOLTO NELL’ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA AL PAZIENTE ANZIANO**

**Relatore:**

Kudukamthadathil Sobhi Chandy

**Correlatore:**

Pomponi Massimiliano

**Candidato:**

Mariavilla Maria Claret

---

**ANNO ACCADEMICO 2011-2012**

## INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO I</b>	
<b>CHI È L'ANZIANO</b>	
1.1 Identificazione dell'anziano .....	5
1.2 Peculiarità dell'età geriatrica .....	7
1.2.1 Aspetti psicologici.....	7
1.2.2 Aspetti fisici .....	9
1.2.3 Cambiamenti cognitivi .....	9
1.2.4 Malattia e disabilità nell'anziano .....	10
1.3 Bisogni di assistenza dell'anziano .....	12
<b>CAPITOLO II</b>	
<b>LA COMUNICAZIONE</b>	
2.1 Cenni sulla comunicazione .....	18
2.2 Le dimensioni della comunicazione .....	19
2.3 Modelli di comunicazione .....	21
2.4 La comunicazione sanitaria .....	22
2.5 Elementi essenziali nella comunicazione .....	24
2.6 Tecniche di comunicazione terapeutica .....	25
2.6.1 Le tecniche efficace nella comunicazione .....	27
2.6.2 Le tecniche inefficace .....	29
2.7 Comunicare con la persona anziana .....	30
<b>CAPITOLO III</b>	
<b>L'APPROCCIO UMANO NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	
3.1 L'ascolto e la relazione d'aiuto: pilastri dell'assistenza infermieristica ....	35
3.2 La relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica .....	38
3.3 Tipologie di ascolto .....	41
3.4 Atteggiamenti fondamentali per un ascolto attivo .....	46
3.4.1 Ascoltare il paziente anziano .....	50
3.5 Interazione infermiere-paziente nella relazione d'aiuto .....	51
3.6 Rischi del non ascolto nella relazione al paziente .....	53
<b>CAPITOLO IV</b>	
<b>EMPATIA SECONDO EDITH STEIN NELL'AMBITO SANITARIO</b>	
4.1 Empatia nel mondo della salute .....	58
4.2 Cenni biografici su vita e opere di Edith Stein .....	61
4.3 Risvolti del concetto di empatia nella pratica clinica .....	62
4.4 Il counseling .....	65
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>66</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>69</b>

## INTRODUZIONE

*Ma che significa “ascoltare”?*

*L’ascolto è l’azione attraverso la quale diciamo al nostro interlocutore:  
“sono qui per te proprio ora. Per nessun altro, solo per te. Voglio sentire e  
capire ciò che hai da dire.”*

Quando si parla di comunicazione, si pensa sempre che la cosa più importante sia sapersi esprimere. Ma non è così. L’arte più sottile e preziosa è saper ascoltare. In una società in continua evoluzione come la nostra, dove tutto va veloce, dove si è presi da mille impegni, è sempre più difficile ascoltare e saper ascoltare e i valori più importanti sono purtroppo accantonati. L’idea di questo elaborato è nata durante il mio tirocinio in ospedale quando ho notato che più pazienti mi ringraziavano per il solo fatto di essermi posta in loro ascolto. Lo scopo di questa tesi è di esaminare come il semplice atto di ascoltare i pazienti possa essere uno strumento potenziale di trattamento per migliorarne la compliance; aumentando l’efficacia e il miglioramento delle relazioni infermiere-paziente.

La tesi affronta, in particolare, il tema dell’ascolto al paziente anziano il quale molte volte rischia, con il suo modo ripetitivo di dire le cose, di diventare noioso e quindi di essere sottovalutato e addirittura escluso. Egli si trova al compimento della propria vita che è anche l’insieme delle relazioni che nel tempo ha costruito. La possibilità di costruire una buona relazione con la persona anziana dipende dalla capacità dell’assistente di conoscere e di capire il contesto relazionale nel quale ha vissuto e vive. Farsi raccontare il vissuto dai familiari o dalla persona stessa, è un primo modo per conoscerla e per capirla. Sapere ascoltare è una grande qualità di chi decide di prestare assistenza, significa porre al centro della relazione i bisogni e le esigenze dell’altro e cercare di lavorare per la loro soddisfazione. Allo stesso modo, potrà succedere che la persona anziana e la sua famiglia pongano domande all’assistente e desiderino conoscere la sua storia dando segno di apertura e di disponibilità alla relazione.

Il lavoro, è composto da quattro capitoli: il primo descrive la figura dell’anziano con le sue peculiarità ed aspetti caratterizzanti l’età geriatrica con particolare riferimento

ai bisogni di assistenza. la seconda parte affronta il tema della comunicazione ed i diversi modelli teorici, le tipologie di comunicazione con particolare riferimento alle tecniche proprie della comunicazione “terapeutica”, fondamentale nella relazione con la persona anziana. La terza parte, “corpus” centrale di quest’elaborato, è dedicato all’approccio umano nell’assistenza infermieristica, basato per sua natura sull’ascolto e sulla relazione d’aiuto. Vengono quindi descritti gli atteggiamenti fondamentali per un ascolto attivo, l’interazione infermiere- paziente nella relazione d’aiuto e i rischi del non ascolto nella relazione al paziente. La quarta ed ultima parte espone il tema dell’empatia secondo Edith Stein nell’ambito sanitario e i risvolti del concetto di empatia nella pratica clinica

L’obiettivo dell’elaborato è quello di comprendere:

- ❖ la potenza della relazione d’aiuto nel processo assistenziale
- ❖ in quale misura l’ascolto attivo è la strategia fondamentale per aumentare la compliance del paziente anziano
- ❖ gli atteggiamenti fondamentali da mettere in atto per una comunicazione efficace
- ❖ rischi del non ascolto nella relazione con il paziente

# CAPITOLO 1

## CHI È L'ANZIANO

---

### 1.1 Identificazione dell'anziano

Per descrivere le caratteristiche correlate all'età geriatrica occorre anzitutto identificare l'invecchiamento. È un fatto naturale che l'uomo, come ogni essere vivente, invecchi e che nell'invecchiamento vada incontro a maggiori problemi di salute e di autogestione causati dal progredire dell'età.



Il termine anagrafico con cui far iniziare la “fase geriatrica” della vita non è condiviso all’unanimità. Alcuni autori, infatti, indentificano l’inizio della vecchiaia al compimento dei 65 anni, altri dai 75 anni in poi; comunque sia l’età cronologica può avere uno scarso rapporto con la realtà dell’invecchiamento. Ognuno di noi invecchia in modo personale il miglioramento delle condizioni di vita e dell’assistenza sanitaria ha comportato, negli ultimi decenni, un allungamento dell’emivita umana pertanto l’aspettativa di vita è oggi di 78 anni per gli uomini e 84 anni per le donne. Ciò comporterà inevitabilmente, da parte della popolazione, (un invecchiamento della popolazione,) la domanda di un numero sempre crescente di bisogni sanitari e sociali che le politiche di programmazione socio-sanitario dovranno affrontare.<sup>1</sup>

Il sostanziale incremento della aspettativa di vita raggiunto negli ultimi decenni, in concomitanza alla riduzione della natalità e ai progressi della medicina, ha cambiato la struttura della popolazione mondiale. Non solo il numero di anziani è aumentato e aumenterà ancora in tutti i paesi, ma si assisterà al progressivo invecchiamento della popolazione anziana stessa. Le proiezioni dicono che nel 2030 in Europa gli ultrasettantacinquenni rappresenteranno il 12% della popolazione.

---

<sup>1</sup> HOLLOWAY. M. N.,(a cura di) BRUGNOLLI A, SAIANI L., Piani di assistenza in medicina e chirurgia, Casa Editrice Idelson- Gnocchi, Napoli 2008, p.40.

La fascia di popolazione in età cosiddetta “geriatrica”, sarà pertanto modificata dalla presenza di un numero quantitativamente importante di grandi anziani.

In vero, la popolazione anziana si caratterizza per una spiccata eterogeneità che va oltre l'età anagrafica e che spazia dalla genetica, alla clinica, al sociale. Un esempio molto semplice è rappresentato dall'età biologica, che dipende dal sesso, dallo stile di vita e da molti altri fattori, e che contraddistingue ogni individuo per una diversa riserva funzionale di organi e apparati. Si potrebbe dire che definire l'anziano del nostro tempo è tanto difficile quanto cogliere in un solo ritratto tutte le espressioni di un volto.<sup>2</sup>

Gli anziani, attualmente, costituiscono il 60% degli afferenti agli ambulatori medici di base, l'80% delle visite domiciliari, il 48% della popolazione ospedaliera, l'85% dei residenti in strutture sanitarie assistite. Solo una piccola percentuale di anziani vive in residenze assistite; la maggior parte dei pazienti “geriatrici”, alla dimissione dall'ospedale per acuti viene inviata a casa. Una delle conseguenze della brevità dei ricoveri ospedalieri è la mancanza, per gli infermieri, del tempo necessario all'addestramento di chi si occuperà del paziente dimesso. Inoltre, può capitare che i pazienti di età anche superiore agli 85 anni siano assistiti da persone a loro volta anziane, che necessitano, esse stesse, di assistenza medica, o di aiuto per le attività della vita quotidiana. Gli anziani presentano alcune peculiarità assistenziale, le più importanti sono: assistenza sanitaria domiciliare, servizi domestici, trasporti, aiuto nelle attività, quotidiane, assistenza alimentare, dispositivi di assistenza d'emergenza. Anche se l'integrazione di questi servizi è importante, in molti casi non è sufficiente. Gli infermieri, pertanto, rappresentano un elemento fondamentale della rete assistenziale<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> CRISTINI C., (a cura di) *L'anziano e la sua cultura*, Grafital- Torre Boldone, Bergamo, p.27

<sup>3</sup> HOLLOWAY. M. N.,(a cura di) BRUGNOLLI A, SAIANI L., *Piani di assistenza in medicina e chirurgia*, Casa Editrice Sorbona - Gnocchi, Napoli 2008, pp. 3-4.

## **1.2 Peculiarità dell'età geriatrica**

La psicologia ha da sempre privilegiato ciò che è in evoluzione, come l'infanzia e l'adolescenza, ma negli ultimi decenni essa ha cominciato ad interessarsi al mondo degli anziani partendo dai dati demografici che evidenziano l'avanzamento della vita media della popolazione. Ogni indagine demografica connota una vera e propria rivoluzione, che ha ed avrà in futuro un grosso impatto e che rimette in discussione la struttura economica, l'organizzazione sociale ed il sistema di relazioni interpersonali .

### **1.2.1 Aspetti psicologici**

Per quanto riguarda gli aspetti psicologici dell'età senile, esistono delle rilevanti differenze che devono essere ben conosciute, per un approccio culturale più aperto sull'idea di invecchiamento.

Le capacità intellettuali subiscono un'involuzione. La creatività e l'operatività sono meno brillanti che nelle età precedenti, malgrado i numerosi esempi della gente comune o di poeti, scrittori, scienziati che continuano a lavorare e a produrre anche in età avanzata. Anche in questi casi risalta un'evidente rallentamento delle attività intellettive con la diminuzione della memoria, dell'attenzione e con una rigidità psichica che impedisce l'adattamento ad ogni cambiamento sociale.

Le modificazioni della sfera affettiva sono talvolta più marcate di quelle intellettive. Infatti, l'allontanamento dei figli col matrimonio, la morte del coniuge e la progressiva scomparsa di parenti ed amici, rendono l'anziano sempre più solo, meno autonomo e dipendente dagli altri, anche per i comuni atti della vita quotidiana. Subentra allora la paura dell'isolamento che invoglia tanti anziani a dei matrimoni tardivi che sembrano ai figli ingiustificabili ed inspiegabili.

Gli anziani reagiscono in maniera differente. Alcuni si lasciano andare quasi senza rendersene conto, altri sono coscienti del loro decadimento psichico e somatico e pensano all'avvicinarsi della morte. Vi sono pure quelli che mettono le loro doti

d'esperienza, di prudenza e di saggezza, al servizio della famiglia e della collettività, trascorrendo così una serena e proficua vecchiaia.

La maggior parte degli anziani, inabili ad ogni lavoro costretti a sopravvivere con delle pensioni spesso insufficienti per il sostentamento usufruiscono di un'insufficiente assistenza sanitaria. Uno degli aspetti sociali della vecchiaia è costituito dal modificato rapporto coi figli, che sposandosi hanno lasciato la casa natia. Ne deriva un senso di solitudine che spinge talora l'anziano, quando le condizioni economiche lo consentono, a cercare la compagnia dei coetanei in un pensionato o in qualche istituto. Le cose vanno peggio quando essi coabitano con i figli sposati e non sentono più valorizzata la propria esperienza di vita, allora l'anziano si sente improduttivo ed inutile, non avendo più niente da conquistare né qualcosa da tramandare.

Ci sono anche degli anziani che reagiscono ed aiutano le famiglie educando i nipoti, che prendono coscienza del loro essere nonni, che frequentano i circoli culturali, che vanno all'università della terza età, che s'iscrivono ai corsi di laurea, che frequentano palestre, piscine o altri centri per la cura fisica, che s'impegnano in politica o nei circoli sociali o ricreativi, che arricchiscono la loro vita con una sessualità molto attiva e sono alla ricerca di nuovi amori.<sup>4</sup>

Il problema maggiore nell'età anziana è quello legato alla difficoltà di affrontare i cambiamenti fisici, psicologici e sociali che intervengono in questa fase della vita. Secondo lo psicologo Eriksson, la capacità di affrontare i cambiamenti di questa età dipende dal modo in cui si sono vissuti gli eventi significativi della vita, quale atteggiamento e coinvolgimento si sono avuti di fronte alle difficoltà e quale significato e valore sono stati dati alla propria azione e ai propri sentimenti. Se riesce a dare una valutazione positiva della propria vita, l'anziano accetta con saggezza la sua nuova condizione.

Viceversa l'anziano cerca di colmare le proprie insicurezze con attaccamenti esclusivi ai familiari, alla propria abitazione, ad oggetti, ad abitudini; si abbandona ad una condizione di dipendenza, di apatia, affidando a qualcun altro la risoluzione delle proprie difficoltà. Pertanto è necessario saper riflettere su alcuni aspetti che

---

<sup>4</sup><http://www.maurizioangelucci.com>



caratterizzano la vecchiaia come l'efficienza fisica l'efficienza mentale e la qualità della vita.

### **1.2.2 Aspetti fisici**

La persona anziana si trova a dover affrontare molti cambiamenti correlati con l'età. L'apparato sensoriale (la vista, l'udito, il gusto e l'olfatto) si modifica. Anche gli apparati cardiovascolare e respiratorio sono coinvolti: le pareti vascolari sono meno elastiche e si verifica una diminuzione della portata cardiaca; c'è un'efficienza ridotta dell'apparato respiratorio e quindi una minore capacità di affrontare lo sforzo fisico. Considerando il sistema muscolo scheletrico le articolazioni si irrigidiscono a causa dell'osteartrosi e frequentemente, soprattutto nelle donne, si verifica una riduzione della mineralizzazione ossea. Le masse muscolari diminuiscono. L'insieme di questi fattori e la diminuzione della massa muscolare possono portare ad una riduzione del movimento con conseguente perdita dell'autonomia.

### **1.2.3 Cambiamenti cognitivi**

Le capacità cognitive dell'anziano vanno incontro ad un progressivo decadimento, in relazione soprattutto alle modificazioni fisiologiche a livello del sistema nervoso centrale (diminuzione del numero dei neuroni, perdita di densità dendritica). La capacità di stabilire nuove connessioni sinaptiche è in diretta relazione con la capacità che il sistema nervoso ha di lasciarsi influenzare dagli stimoli esterni ed è per questo che è così importante coltivare la curiosità, lasciarsi coinvolgere mentalmente ed emotivamente dal mondo, avere entusiasmi e progetti.

Per quanto riguarda la memoria, mentre non si registrano significativi mutamenti nella capacità di riconoscimento (per esempio il riconoscimento di volti, oggetti o nomi all'interno di una scelta, es "è questo o quello?"), la capacità di rievocazione (ricordare del materiale appreso, farsi venire in mente un nome...) risente dell'età; vi è una maggiore difficoltà nel consolidare nella memoria e poi recuperare informazioni recenti,

mentre le informazioni che riguardano il passato vengono facilmente riportate alla mente. Anche le motivazioni e le emozioni sono implicate nei processi di memoria: gli studi che registrano i racconti di vita degli anziani consentono di affermare che la memoria di episodi collegati a forti emozioni è fra le più stabili negli anziani (la guerra!).

#### **1.2.4 Malattia e disabilità nell'anziano**

La disabilità nell'anziano è spesso caratterizzata da non autosufficienza, vale a dire che egli si trova limitato nel compiere da solo le attività della vita quotidiana e pertanto è in uno stato di dipendenza dagli altri.

La misura dello stato di salute funzionale viene oggi definito sulla base dei seguenti parametri di valutazione:

- ❖ la capacità di compiere le attività quotidiane connesse alla cura della persona come ad esempio vestirsi, preparare i pasti, l'igiene personale
- ❖ la capacità di portare a compimento attività essenziali per mantenere l'indipendenza e che possono prevedere l'uso di strumenti tecnologici, come fare la spesa, utilizzare mezzi di trasporto, assumere farmaci, usare strumenti di comunicazione (il telefono, il cellulare ecc.)
- ❖ la capacità di intraprendere attività sociali o fisiche che non sono indispensabili per una vita autonoma e che possono concretizzarsi negli hobby, nella pratica di uno sport, negli interessi culturali, nei viaggi.

Anche nell'età anziana, una prevenzione mirata può essere più efficace di molte terapie:

- ❖ interventi diretti sul singolo individuo per prevenire la disabilità (fisioterapia, assistenza medica di base, protesi di diverso tipo, ecc.)
- ❖ interventi sull'ambiente di vita del soggetto (cambiamento delle abitudini, dello stile di vita, del comportamento della collettività nei confronti dei disabili anziani)
- ❖ interventi volti a ridurre i fattori di rischio ai quali la società nel suo insieme è esposta.

Attualmente la maggioranza degli anziani bisognosi di assistenza risiede a domicilio: la famiglia costituisce ancora il principale sostegno assistenziale per chi è affetto da patologie fisiche o compromissioni mentali.

Occorre essere consapevoli che assistere un anziano può essere fonte di conflitti e di stress all'interno della famiglia.

In particolare emerge che:

- ❖ vivere con un anziano non autosufficiente comporta un peggioramento della qualità delle relazioni interpersonali, tanto per l'assistito, quanto per la famiglia;
- ❖ assistere l'anziano è faticoso, a volte ci si deve scontrare con la sua contrarietà; le conseguenze, sul piano delle abitudini di vita, vengono vissute con particolare difficoltà; programmare le vacanze o uscire una sera richiede un'attenta organizzazione, la presenza di più familiari e disponibilità economiche per pagare un'eventuale assistenza domiciliare.

Appare dunque importante considerare non solo l'anziano come destinatario di "cure" ma anche la famiglia, che ha bisogno di informazioni, tutela e supporto in modo tale che possa conservare un ruolo terapeutico.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> *Psicologia dell'età anziana*, Disciplina: Psicologia applicata per qualifica professionale Operatore Servizi Sociali, 2009-2010.  
<http://itispacinotti.it>

### 1.3 Bisogni di assistenza dell'anziano

Quando parliamo dell'assistenza dell'anziano bisogna capire prima di tutto chi è l'anziano fragile. Vengono designati come fragili “quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso



complicati da problematiche di tipo Socio—economico”. Sulla base di questa definizione, la fragilità comporta un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale e un elevato consumo di risorse.”

L'anziano presenta problemi e necessità che spaziano da quelle più semplici, dettate dall'impellenza del momento, a quelle più avanzate, che riguardano stati patologici, malattie, debolezza psicologica o altro.

Vi è una profonda divergenza, nella nostra cultura collettiva, nel rappresentare il mondo dell'anziano. Da una parte, immaginiamo l'anziano come persona ricca di relazioni sociali e in buono stato di salute. Ma per lo più si pensa all'anziano come soggetto che vive nella solitudine e che ha bisogno di essere aiutato perché ha dei problemi da risolvere. Quest'ultima visione, direi abbastanza generalizzata, ci ha invece distolto dal considerare l'anziano come un soggetto ricco di esperienze e capacità e che, se fortemente rivitalizzato ed aiutato a sfruttare le proprie potenzialità nascoste, può essere ancora in grado di offrire benefici non solo a se stesso ma anche ad altre persone. Va quindi esplorato questo mondo, in buona parte sconosciuto e complesso, per recuperare nuove condizioni di vita o costruire sistemi di aiuto capaci di sviluppare un mercato di servizi e di opportunità dimensionato alle esigenze, ma anche alle abilità residue, delle singole persone anziane. Bisogna quindi rendere attive tutte quelle persone anziane che possono o devono poter far fronte ancora con autonomia, autosufficienza e serenità al proprio vivere quotidiano. Così come l'ormai consolidato dato statistico, che

considera significativo l'innalzamento dell'età media delle persone e quindi anche dei processi di invecchiamento e la crescita del numero di famiglie con la presenza di persone anziane, pone l'inevitabile dilemma di dover ripensare in che modo e attraverso quali nuove iniziative intervenire a sostegno sia delle persone anziane non più autosufficienti che a supporto dei precari equilibri di aiuto ed assistenza offerti dai caregiver familiari.

La disabilità fisica, che comporta difficoltà nelle comuni attività quotidiane (lavarsi, vestirsi mangiare, ecc.), è dovuta principalmente alla comorbilità e colpisce circa il 25% dei maschi e il 34% delle femmine ultrasessantacinquenni. Ormai è noto che la disabilità aumenta con l'età e, nel gruppo di ultraottantenni, circa il 6% dei maschi e l'8% delle donne è totalmente non auto sufficiente. Gli anziani affetti da malattie croniche, quando hanno bisogno di cure pongono interrogativi complessi, non segmentabili in tanti interventi singoli. La complessità che caratterizza i bisogni e i problemi dei soggetti anziani disabili e fragili richiede, infatti, un approccio sistemico e la presa in carico strutturata rappresenta la modalità di risposta più adeguata ai bisogni di questi pazienti. Spesso non si giovano di interventi standardizzati, ma richiedono interventi personalizzati che tengano in seria considerazione le differenze interindividuali e che a parità di condizione di malattia, determinano l'outcome della cura.

Nella presa in carico di queste persone è fondamentale il ruolo dell'assistenza infermieristica, purché agita con modelli e strumenti che tengano conto di molteplici aspetti: la variabilità dei quadri clinici e dell'impatto che questi hanno su soggetti diversi, la complessità che caratterizza ogni evento acuto in un soggetto fragile e le ripercussioni sulle abilità funzionali cui spesso consegue la necessità di progettare e condividere con la famiglia un percorso di cure a lungo termine, attivando i servizi preposti<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Nursing 54/2009., *Anziani in ospedale complessità e continuità dell'assistenza*, Collegio IP.AS.VI di Brescia pp. 12-17

A volte l'anziano si considera una persona cui, in qualche modo, si deve del rispetto, se non altro per l'età. In questi casi, può pretendere di aver sempre ragione, può anche sembrare arrogante, superbo, mal disposto ad ascoltare le ragioni altrui.

Dietro questo comportamento si nasconde un meccanismo di difesa, che porta l'anziano ad assumere degli atteggiamenti di attacco. Ancora, l'anziano ama ciò che è stato più di quanto ami ciò che è. Ogni persona vive anche dei suoi ricordi ma, per l'anziano il ricordo è essenziale. Aiutarlo a ricordare e a rievocare la propria storia aiuta l'interlocutore ad entrare in empatia con lui e a favorire la messa a fuoco degli eventi passati.

Egli ha un grande bisogno di comunicare, proprio in conseguenza dell'isolamento sociale e affettivo in cui viene a trovarsi; perciò cerca di parlare con tutti, perché ha capito che gli fa bene: "se parlo vuol dire che esisto...", che lo fa sentire vivo, che, ancora, qualcuno si interessa a lui. Data la sua esperienza di vita, spesso si sente in dovere di darci dei consigli su ogni argomento, ma per paura di non essere capito ripete più volte le stesse parole, instaurando così una relazione basata sull'affermazione di concetti già noti. In questa fase non è raro che la comunicazione si blocchi.

Generalmente quando si parla di bisogni ci si riferisce ad una necessità dell'individuo di qualsiasi natura essa sia e se essi siano o meno riconosciuti consciamente o inconsciamente. E' infatti, la presenza di questi bisogni che sollecita l'uomo ad agire durante la sua esistenza. Ma allora cosa si intende per bisogno specifico di assistenza infermieristica? Marisa Canterelli dà una risposta esaustiva a tale domanda affermando che "Esso la necessita"; c'è l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedono. Il bisogno può essere manifesto o meno e da queste due situazioni si genereranno rispettivamente una domanda di assistenza infermieristica o una domanda generica di salute.

Individuazione del problema o bisogno permette all'infermiere, inoltre, di indirizzare l'assistenza infermieristica mostrando così il suo grado di professionalità grazie alle diverse conoscenze, tecniche e relazionali, acquisite. Lo schema seguente mostra una classificazione paragonando i bisogni con le azioni correlate e ha lo scopo di

assicurarne la soddisfazione, fatta eccezione per gli ultimi due che vengono definiti indotti.<sup>7</sup>

#### IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

<b>I BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>PER OGNI BISOGNO UNA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA</b>
<b>1. Bisogno di respirare</b>	Assicurare la respirazione
<b>2. Bisogno di alimentarsi e idratarsi</b>	Assicurare l'alimentazione
<b>3. Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale</b>	Assicurare l'eliminazione urinaria ed intestinale
<b>4. Bisogno di igiene personale</b>	Assicurare l'igiene
<b>5. Bisogno di mobilizzazione</b>	Assicurare il movimento
<b>6. Bisogno di riposo e sonno</b>	Assicurare il riposo ed il sonno
<b>7. Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria.</b>	Assicurare la funzione cardiocircolatoria
<b>8. Bisogno di un ambiente sicuro</b>	Assicurare l'ambiente sicuro
<b>9. Bisogno di una corretta interazione nella comunicazione</b>	Assicurare l'interazione nella comunicazione
<b>10. Procedure terapeutiche</b>	Applicare le procedure terapeutiche
<b>11. Procedure diagnostiche</b>	Eseguire le procedure diagnostiche

#### **Bisogno di respirare**

- ❖ Controllo respiro
- ❖ Ambiente
- ❖ Posizioni che facilitano la respirazione
- ❖ Cambio di posizione per diminuire la stasi delle secrezioni e posizioni per favorirne l'eliminazione

<sup>7</sup> CANTARELLI M., *Il modello delle Prestazioni infermieristiche*, Masson 1996

### **Bisogno di alimentarsi e idratarsi**

- ❖ Educazione ad una corretta alimentazione - idratazione
- ❖ Educazione alimentare al malato diabetico
- ❖ Educazione alimentare al malato disfagico - diario alimentare - corretto utilizzo degli *addensanti* - intervento dietista
- ❖ Educazione ad una adeguata igiene del cavo orale
- ❖ SNG/PEG: Gestione sng/peg - medicazione – gestione nutrizione enterale - contatto con nutrizionista
- ❖ CVC: Gestione cvc - medicazione - NPT - esami ematici

### **Bisogno di eliminazione**

- ❖ URINE: Controllo diuresi - qualità - quantità
- ❖ Gestione dell'incontinenza
- ❖ CV: Gestione cv – sostituzione
- ❖ NEFRO o URETEROCUTANEOSTOMIE: Gestione - medicazione - valutazione cute
- ❖ FECI: Controllo quantità - qualità - frequenza - consistenza
- ❖ Gestione dell'incontinenza
- ❖ STOMIE: Gestione stomie

### **Bisogno di igiene**

- ❖ Educazione igiene parziale e totale al malato allettato
- ❖ Eventuale aiuto del SAD del comune
- ❖ Medicazioni LdD/vascolari

### **Bisogno di: movimento - funzione cardiocircolatoria - ambiente sicuro**

- ❖ Indicazione alla mobilitazione e passaggi posturali: letto – carrozzina  
Intervento fisiatra - fisioterapista
- ❖ Eseguire cambi posturali
- ❖ Posture: per favorire drenaggio secrezioni bronchiali
- ❖ Monitorare lo stato cutaneo - prevenzione LdD
- ❖ Indicare modalità per evitare traumi e cadute



- ❖ Fornitura ausili *da ufficio* protesi (letto, materassino antidecubito, deambulatore, talloniere, spondine ecc...)
- ❖ NO contenzione

### **Bisogno di comunicazione**

- ❖ Praticare l'ascolto attivo ed empatico
- ❖ Instaurare con la persona e la sua famiglia un rapporto di fiducia
- ❖ Discutere in équipe le strategie relazionali - eventuale intervento dello psicologo
- ❖ Rispettare i tempi del malato
- ❖ Fornire mezzi e tecniche che consentano la comunicazione scritta / orale – logopedista

### **Bisogno di procedure terapeutiche**

- ❖ Educazione e controllo somministrazione dei farmaci - tempi - modalità - dosaggi
- ❖ Informare sugli effetti collaterali dei farmaci
- ❖ Controllo e monitoraggio del dolore per caratteristiche - sede - intensità
- ❖ Documentare la rilevazione del dolore
- ❖ Educazione al controllo ed alla gestione del dolore

**Nelle persone con decadimento cognitivo grave o stato confusionale sono indicatori di dolore:**

- ❖ Particolari espressioni del volto
- ❖ Verbalizzazioni
- ❖ Stato di agitazione
- ❖ Posture antalgiche
- ❖ Movimenti del corpo<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> BONDINI M., *l'anziano fragile e la rete per la continuità assistenziale* 1 ottobre 2010  
<http://ops.provincia.lecco.it>

## CAPITOLO 2

### COSA INTENDIAMO PER COMUNICAZIONE

---

#### 2.1 Cenni sulla comunicazione

Negli ultimi anni l'interesse per lo studio della comunicazione è diventato sempre maggiore e ha coinvolto ambiti teorici e disciplinari molto diversi, dalla psicologia alla sociologia, linguistica e cibernetica. Le si riconosce un ruolo centrale ed è sempre più impegnata nel mettere a punto sistemi di comunicazione sofisticati e perfezionati (internet, telefoni cellulari, videotelefoni).

Dinanzi ad una simile profusione di mezzi ed a questa sorta di fervore, può apparire ingeneroso e retrogrado chiedersi se davvero oggi siamo in grado di comunicare meglio di un tempo, o se lo spostamento dell'attenzione sulle strategie, sulle tecnologie, sugli strumenti di comunicazione non maschera, piuttosto, una difficoltà sostanziale nel comunicare realmente con gli altri<sup>9</sup>.

Comunicare deriva dal latino e significa: “rendere comune” quindi essere in rapporto, essere in relazione, rendere partecipe qualcuno di qualcosa.<sup>10</sup> È un processo di interazione, un veicolo fondamentale per stabilire relazioni tra membri di comunità o gruppi; tale interazione non può esistere senza comunicazione interpersonale. La comunicazione rappresenta dunque il mezzo con cui è possibile stabilire e mantenere le relazioni interpersonali, lo strumento mediante il quale nascono, si instaurano e sviluppano le relazioni. Attraverso la comunicazione si acquisiscono dati necessari al vivere comune. E' un processo di scambio tra persone che si trovano in un certo contesto, infatti, ogni gesto, ogni parola, ogni comportamento, ogni pensiero è anche, e sempre, una forma di comunicazione. Normalmente si comunica con gli amici, con i familiari, con chi ci è più affine per abitudini, cultura, conoscenza, età e così via. Ma è

---

<sup>9</sup> AA.VV., (a cura di BINETTI P.), *Persona, Paziente, Cliente*, il mondo del malato in un mondo che cambia, Società Editrice Universo, Roma 2000, p 131.

<sup>10</sup> DEVOTO, OLI., *Dizionario della Lingua Italiana*, Le Monnier, 2006

evidente che la vera sfida consiste nel riuscire a comunicare con eguale facilità anche con chi è diverso.<sup>11</sup>

## 2.2 Le dimensioni della comunicazione

Per approfondire la tematica della comunicazione può risultare utile considerare, innanzi tutto, le tre fondamentali dimensioni (o settori) teorizzate da Morris nel 1946.<sup>12</sup>

*Sintassi*: è l'analisi dell'organizzazione e della combinazione degli elementi della comunicazione; non si interessa del significato che i simboli assumono in termini comunicativi, ma solo delle proprietà matematiche e statistiche del linguaggio. Un esempio di sintassi è la grammatica che si studia a scuola.

*Semantica*: è rappresentata dall'analisi dei significati e dei riferimenti attribuiti ai segni; infatti, i segni e i simboli della comunicazione assumono significati ben specifici e su cui chi comunica si deve accordare per essere compreso da chi riceve il messaggio. Un esempio di questo è rappresentato dal significato diverso che i popoli attribuiscono ai segni delle mani: l'indice e il medio alzati, per esempio rappresentano un segnale di vittoria, per gli italiani, mentre il gesto assume per gli inglesi un significato molto offensivo.

*Pragmatica*: è l'analisi del rapporto tra interlocutori, contesto e modalità e studia le conseguenze comportamentali, la relazione, della comunicazione sull'uomo. In campo psicologico risulta evidente come l'interesse sia puntato su quest'ultimo aspetto in maniera particolare, dal momento che i comportamenti delle persone sono influenzati e a loro volta influenzano quelli altrui, in un modello inestricabile e non sempre cosciente basato su risposte, reazioni, feedback e percezioni. Chi si occupa di relazioni e vuole approcciarsi alla pragmatica non può permettersi di non soffermare prima l'attenzione su

---

<sup>11</sup> Vademecum 2004 ROSSI R., *Anziano e la comunicazione*, Associazione Anziani pensionati invalidi dell'OCST, p. 3,

<sup>12</sup> MORRIS C. W., *"Foundations of the Theory of Signs" (1938)*, International Encyclopedia of Unified Science, University of Chicago Press

sintassi e semantica, poiché perderebbe dati concreti di osservazione essenziali nell'approfondimento della questione.

La comunicazione necessita di almeno due entità che si scambiano qualcosa in un processo di trasmissione. Il primo degli assiomi della comunicazione è che è impossibile non comunicare, perché lo scambio non è fatto solo di parole ma anche di gesti, sguardi, sospiri, emozioni e silenzi. In sanità poi la comunicazione è fatta anche di assenze!

La comunicazione è il processo mediante il quale avviene uno scambio di informazione tra un emittente e un ricevente. I sei elementi della comunicazione sono: emittente, messaggio, mezzo, ricevente, feedback e contesto.

L'emittente è la persona che ha un pensiero, un'idea o un'emozione da trasmettere a un'altra persona. I messaggi nascono dal bisogno di relazionarsi con altri così da spiegare e comprendere varie situazioni.

Il messaggio, è il pensiero, l'idea o l'emozione che una persona trasferisce ad un'altra persona. È uno stimolo prodotto dall'emittente e ad esso risponde il ricevente.

L'emittente del messaggio deve decidere il canale da usare per trasferirlo: i mezzi di trasmissione del messaggio possono essere verbali o non verbali.

Nel ricevente la componente fisiologica comprende i processi uditivi, visivi e cinestetici. I processi psicologici di una persona possono favorire od ostacolare la ricezione del messaggio. Ad es. l'ansia può causare, in alcuni casi, un'alterazione dell'udito, della vista o delle sensazioni. L'elemento cognitivo è la parte "razionale" del ricevere. Questo comporta l'interpretazione degli stimoli e il convertirli in significato, come nell'ascoltare.

Il feedback è una risposta che proviene dal ricevente che permette all'emittente di verificare che il messaggio ricevuto corrisponde a quello inviato. Quando questi non coincidono, vengono inviati e ricevuti altri messaggi finché il ricevente non avrà compreso esattamente il messaggio inviato dal mittente<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> WHITE L., *Fondamenti di infermieristica* Principi generali dell'assistenza infermieristica, (vol. 1) EdiSES, Napoli, 2008, pp. 66-119.

## 2.3 Modelli di comunicazione

La comunicazione si realizza attraverso due modalità: quella verbale e quella non verbale. La comunicazione verbale è quella basata, come indica il termine stesso, sulla parola. È un tipo di comunicazione che possiamo definire numerica digitale. Nel sistema numerico o digitale il rapporto tra segno e significato è di tipo convenzionale: in questo caso la trasmissione dell'informazione avviene attraverso un linguaggio codificato di cui occorre conoscere le regole. L'alfabeto, le regole grammaticali e sintattiche di una lingua rappresentano un sistema di tipo numerico, paragonabile ad un codice indispensabile per stabilire una relazione tra segni e significati.

La comunicazione verbale permette certamente di veicolare messaggi diversi con precisione e accuratezza, permette di scambiare idee e concetti astratti, di utilizzare significati e simboli. Tuttavia esistono molte situazioni nella vita che non si riescono a descrivere tanto meno a rappresentare adeguatamente attraverso le parole: ciò che si prova per la perdita di una persona cara, ciò che si sente quando siamo innamorati, ciò che si prova dopo una grande paura, ciò che si sperimenta una condizione di vera libertà. In queste situazioni uno sguardo, un'espressione del viso, un tremore, un sorriso riescono laddove la parola fallisce.

Al di là della comunicazione verbale, esiste un livello, immediato e profondo, semplice e complesso di comunicazione che si svolge a livello della comunicazione non verbale<sup>14</sup>. La comunicazione non verbale è fatta anche di silenzi e di modi di occupare lo spazio e le distanze. Lo stare davanti agli altri a una distanza breve o lunga ha un evidente significato comunicativo. Si è andata delineando una vera e propria disciplina d'indagine delle forme di comunicazione mediante il controllo dello spazio nelle relazioni interpersonali: la *prossemica*[...]

Uno strumento della comunicazione non verbale è costituito dallo "sguardo". Il contatto visivo esprime immediatamente intenzioni e finalità. Gli occhi sono la fonte più

---

<sup>14</sup> AA.VV., (a cura di BINETTI P.), *Persona, Paziente, Cliente*, il mondo del malato in un mondo che cambia, Società Editrice Universo, Roma 2000, p 139-140.

significativa di segnalazione. Attrazione e repulsione, ammirazione e disprezzo, reverenza e fastidio, volontà di dominio o inclinazione alla sottomissione, queste ed altre qualità dell'azione avvengono attraverso lo sguardo.

Possiamo anche accennare all'importanza dei movimenti del corpo; spesso accompagniamo alle parole i gesti con lo scopo di enfatizzarle [...]. La comunicazione non verbale è ricca di possibilità ed è anche estremamente efficace. Perché più rapidità e potenza della comunicazione verbale. Quest'ultima ha senza alcun dubbio maggiori possibilità di manifestazioni di pensieri è più adatta a rivelare o a produrre conoscenza. Entrambi i tipi di comunicazione sono importanti per stabilire delle interazioni. Coloro che svolgono un attività educativa e che da secoli sono stati istruiti sulla comunicazione verbale, in seguito alle recenti ricerche psicologiche ora sanno anche quanto sia utile conoscere i tipi e i significati della comunicazione non verbale<sup>15</sup>.

## **2.4 La comunicazione sanitaria**

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

Si riferisce ad ambiti in cui si trattano argomenti riguardanti la salute, ambiti specifici, delicati, in cui le relazioni avvengono tra soggetti diversi per ruolo, cultura, conoscenze e ceto sociale. La relazione tra operatore sanitario e paziente è sempre molto complessa e strutturata sicuramente dalla patologia, più o meno grave del paziente. Questo induce il cittadino a “esigere” dagli operatori prestazioni di elevata qualità; questi al loro volta sono caricati di ansie e tensioni legate alle numerose problematiche soggettive e professionali-organizzative. Gli attori che partecipano e influiscono in modo

---

<sup>15</sup> DI DIONISI G., *Educazione comunicazione pedagogia*, Romagrafik, Roma 1992, pp. 88-89

determinante nelle relazioni, sono sostanzialmente tre: i soggetti coinvolti, il contesto, le transazioni.

I soggetti coinvolti sono rappresentati da tutti quelli che partecipano al processo di assistenza, diagnosi e cura. I pazienti e i loro familiari a loro volta avranno relazioni con il personale e la struttura. Dovranno adattarsi a situazione di diverse, lontane dalle abitudini e dalla quotidianità, dovranno affidarsi ad altri senza avere la possibilità di scegliere l'operatore più conforme alle proprie esigenze.

Il contesto è rappresentato dal luogo di cura, l'ospedale, ambulatorio, reparto di degenza, normalmente luoghi molto rumorosi, saturi di andirivieni di pubblico e personale sanitario. Anche gli spazi strutturali assumono una certa importanza; spesso gli scambi di informazioni clinico-terapeutiche tra gli operatori della salute avvengono nei corridoi dei reparti di degenza, in luoghi non dedicati, al letto del paziente o in ambienti disturbati e piccoli spazi che non permettono la necessaria concentrazione e il mantenimento della privacy.

Le transazioni rappresentano scambi bidirezionali tra gli esseri umani, non necessariamente solo verbali, ma possono anche essere non verbali. Al centro del modello di comunicazione sanitaria si trovano le transazioni sulla salute, sono rappresentate da una spirale senza fine, per sottolineare l'aspetto dinamico e interattivo caratterizzato dalle transazioni. Intorno alla spirale sono rappresentate le variabili che influenzano i soggetti coinvolti e i loro messaggi. La transazione è uno scambio tra due persone, uno scambio di uno stimolo e una risposta tra specifiche parti della struttura della personalità.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> DI SAURO R, ALVARO R., *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*, Ed. ARACNE. 2008

## 2.5 Elementi essenziali nella comunicazione

Gli elementi essenziali della comunicazione sono:

- ❖ Empatia: capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede l'altro, nei suoi significati più intimi e personali; sentire insieme all'altro, continuando a mantenere la propria identità.

Possiamo sicuramente affermare che “sentire dentro” risulta essere nel campo sanitario un elemento necessario e imprescindibile per il raggiungimento di una soddisfacente comunicazione. È necessario che l'atteggiamento empatico sia presente nell'operatore; questo aiuta la relazione. Entrare nel mondo percettivo dell'altro include il comunicare le nostre sensazioni. Significa anche verificare con l'altro l'accuratezza del nostro sentire ed essere guidati dalle risposte che si ricevono. Essere con un'altra persona in questo modo significa lasciare da parte i nostri valori e giudizi per entrare nel mondo dell'altro senza veli.

- ❖ Fiducia: altro elemento fondamentale nell'ambito medico sanitario. Se la fiducia sussiste, le relazioni saranno il più possibile aperte, prive di pregiudizi, i conflitti saranno ridotti al minimo e facilmente risolvibili.
- ❖ Apertura: condividere con altri informazioni su se stessi, sembra provocare nell'interlocutore uno stato di benessere, in questo caso, alla relazione si assoceranno risposte positive piuttosto che generatrici di conflitti.
- ❖ Conferma e riconoscimento: hanno notevole importanza perché riconoscono all'altro lo status di essere umano meritevole di cure e di attenzione.<sup>17</sup>

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

---

<sup>17</sup> BORELLA V.M., *Comunicazione medico sanitaria*, Franco Angeli, Milano. 2004 p.35.



Il paziente culturalmente evoluto anche grazie ad Internet, esige un'offerta di salute qualitativamente elevata, e spesso si ritiene padrone della materia di pertinenza del professionista, creando in quest'ultimo un senso di frustrazione che pesa negativamente sulla relazione. Il problema della comunicazione è complesso ed è caratterizzato da molteplici aspetti: le transazioni, l'empatia, la fiducia, l'apertura, la conferma, il riconoscimento. Questi si intrecciano dando origine a relazioni umane/professionali significative tanto profonde quanto problematiche. Nei contesti legati alla salute spesso la problematica non è considerata, né dagli operatori, tanto meno dalle figure dirigenziali. Le condizioni di lavoro e il clima in cui spesso sono costretti a lavorare medici e infermieri, influiscono negativamente sui meccanismi relazionali, generano conflitti e conseguenti demotivazioni professionali sui operatori nonché deteriorando il servizio reso ai cittadini.<sup>18</sup>

## **2.6 Tecniche di comunicazione terapeutica**

Gli operatori sanitari svolgono un lavoro che ha a che fare con persone che sono in situazioni di sofferenza, disagio, bisogno e quindi in una condizione di richiesta d'aiuto. Il lavoro relazionale è sovente difficile, faticoso e delicato in quanto implica il coinvolgimento e l'attivazione di funzioni mentali complesse e profonde di ordine prevalentemente emotivo-affettivo. La buona relazione con il malato non è dunque solo importante sul piano interpersonale, ma costituisce anche un vero e proprio fattore terapeutico. Vorrei però sottolineare come la comunicazione terapeutica non sia una psicoterapia in senso stretto. A questo proposito Lampronti e Ventura scrivono: “per psicoterapia si intende un trattamento terapeutico compiuto con mezzi psicologici. Si può distinguere:

1. una psicoterapia di livello uno, che consiste nell'instaurare un contatto umano, e pertanto può essere esercitata da chiunque;

---

<sup>18</sup> BROTTO C., *Comunicazione e relazione all'interno dell'ente pubblico*, Maggioli, Roma. 2005

2. una psicoterapia di livello due, che implica una comunicazione con pazienti che hanno difficoltà a comunicare; questo necessita una preparazione specifica, anche se non specialistica;
3. una psicoterapia di livello tre, cioè un intervento tecnico specializzato, che richiede un a preparazione psicoterapeutica”.

La conoscenza dei principi della comunicazione terapeutica permette di instaurare una relazione efficace al fine di far emergere i bisogni dei pazienti. non basta però la semplice cognizione dei bisogni. Infatti, mentre altre attività dell’operatore sanitario soddisfano le necessità fisiche del malato , la comunicazione terapeutica si occupa di quelle psicologiche. Essa deve essere pianificata in modo tale da fornire, con opportuni interventi, aiuto e supporto al paziente.<sup>19</sup>

L’infermiere deve definire un progetto ed avere le conoscenze riguardo le tecniche relazionali.

La comunicazione terapeutica rientra a mantenere nell’obiettivo principale delle professioni sanitarie e cioè aiutare il paziente a raggiungere il proprio benessere. Alcuni di questi scopi sono: lo scambio di informazioni, individuazione dei sentimenti e socializzazione.

*Lo scambio di informazioni* tra paziente ed operatore riguardo lo stato psichico e fisico, assicurare un’assistenza più completa. D’altro canto, l’operatore sanitario fornisce informazioni al malato su tutto ciò che concerne la sua degenza: illustra la struttura dell’ospedale, specifica le cure e gli esami clinici a cui il paziente è sottoposto, fornisce ulteriori spiegazioni su ciò che il paziente ha appreso da altri fonti e non è riuscito a comprendere e soprattutto, si rende disponibile a soddisfare tutte le domande che gli vengono rivolte.

*Individuazione dei sentimenti*, l’infermiere ha anche un compito più difficile, che si basa più sull’aspetto intuitivo e sull’osservazione piuttosto che sul colloquio con il paziente. Deve infatti individuare i sentimenti, lo stato emotivo del degente. Sappiamo già che ogni paziente vive in un stato, più o meno grande, di solitudine, disagio e di

---

<sup>19</sup> MARCHI R., *La comunicazione terapeutica, Interazione Infermiere-Paziente*, Edizioni Sorbona, Milano 1993 p. 77.

angoscia per la sua malattia. Oltretutto non sempre vuole esprimere, o per pudore proprio o per l'attaccamento ad un ruolo, ad uno stereotipo, tali sentimenti. Sta all'operatore sanitario individuare questi stati emotivi, ponendo di conseguenza in atto ogni accorgimento che possa alleviarli. In molte situazioni anche la semplice conversazione può aiutare a attenuare questi stati d'animo. Solo conoscendo i sentimenti del paziente l'infermiere può pianificare gli interventi di sostegno, studiando ed applicando opportune strategie d'intervento.

*Socializzazione* occorre ricordare che un malato ospedalizzato perde gran parte delle relazioni sociali che aveva prima: amici, vicini di casa, colleghi di lavoro ed altri ancora. Si può quindi sentire isolato. È perciò cura dell'operatore sanitario saper intrattenere dei buoni rapporti con il paziente. Ad esempio ogni volta che infermiere viene a contatto con il malato, per qualsiasi motivo, deve incoraggiare la comunicazione. Se necessario, può decidere di incontrare il paziente al solo scopo di parlare con lui, per permettergli di esprimere tutto ciò che sente, i suoi problemi.

### **2.6.1 Le tecniche efficaci nella comunicazione**

Ci sono alcune tecniche che facilitano la comunicazione, che incoraggiano ad esprimere sentimenti e pensieri ed ottenere così un'efficace terapeutica. Questa richiede una pianificazione, sebbene parte di essa sia dovuta anche alla spontaneità. Infatti, ogni processo comunicativo ha tra le caratteristiche principali quella di essere flessibile.

Le tecniche che permettono l'instaurarsi di un rapporto terapeuticamente efficace, nel quale il paziente diviene un soggetto attivo sono le seguenti:

- *Ascoltare*: è la tecnica terapeutica più efficace. Si tratta di un processo attivo che richiede attenzione e impegno. Il livello più basso di ascolto è l'estraniamento, cioè l'assenza di valutazione dei messaggi ricevuti; il livello più alto è l'introspezione, ovvero l'analisi accurata delle reazioni e dei comportamenti che il messaggio ricevuto determina in noi. L'ascolto terapeutico è simile all'introspezione, ma in esso vengono valutati gli effetti che il messaggio ha sul comportamento dell'altro. Durante l'ascolto possono verificarsi momenti di

silenzio, in occasione dei quali l'operatore può comunicare non verbalmente il suo interesse o disinteresse. È il momento in cui l'operatore deve essere ancora più consapevole della propria comunicazione non verbale. I silenzi sono utili al paziente per riordinare idee e pensieri, e per analizzare i messaggi non verbali. Possono suscitare ansia nei due interlocutori, soprattutto se si protraggono a lungo. Ascoltare non significa non comunicare.

- *Riaffermare*: consiste nel ripetere al paziente l'idea o il pensiero principale che secondo l'operatore egli ha voluto esprimere. È un altro modo per dimostrare al paziente che lo stiamo ascoltando. È utile all'operatore per avere conferma di aver compreso ciò che il paziente voleva comunicargli.
- *Rispecchiare*: consiste nel ritrasmettere al paziente ciò che ha espresso (sentimenti, idee, problemi) come se l'operatore "fosse uno specchio". Attraverso questa tecnica il paziente riconosce i propri sentimenti e le proprie idee, analizza i propri pensieri e sentimenti relativi alla situazione. Rispecchiare non significa consigliare!
- *Chiarificare*: è la richiesta di conferma del messaggio ricevuto attraverso un feedback. Ad esempio, la richiesta "non credo di aver capito, le spiace ripetere?", si riferisce al significato totale del messaggio e non al significato di talune parole, come avviene invece nella verifica consensuale.
- *Focalizzare*: utile nei pazienti con modello di comunicazione elusivo. È quella tecnica che porta il paziente a concentrare la conversazione sull'argomento per lui importante. Se il paziente evita di trattare certi temi, o lo fa in modo vago, l'operatore può chiedere in modo più diretto di parlare proprio di quelli. Se però il paziente si dimostra riluttante ad affrontarli, anche dopo una richiesta diretta, è meglio non insistere.
- *Riassumere*: consiste nel ripetere i punti principali affrontati nel colloquio. Serve al paziente per distinguere gli aspetti più significativi. Può essere un momento di verifica di dati assimilati dal paziente. È utile per programmare gli argomenti

delle prossime interazioni o per stabilire attività che il paziente dovrà intraprendere<sup>20</sup>.

### 2.6.2 Le tecniche inefficaci

Le principali tecniche comunicative terapeuticamente inefficaci partono dal presupposto di non prestare attenzione, ossia di anteporre i propri bisogni a quelli dei pazienti e di formulare giudizi. Con questa tecnica si mette il paziente in una condizione di dipendenza dall'operatore, gli si nega l'autonomia. Alcuni autori affermano che sia l'ansia a determinare nell'individuo un atteggiamento di critica, al contrario coloro che sono riusciti ad accettare se stessi non hanno bisogno di giudicare gli altri.

Includono l'elemento del giudizio le seguenti tecniche:

- *Rifiutare*: è un modo di cui l'operatore evita di discutere di sentimenti o di altri argomenti con il paziente, facendolo così sentire rifiutato come individuo; frasi del tipo “non intendo discutere” vengono pronunciate dall'individuo per proteggere l'io dall'ansia o per nascondere agli altri i propri punti deboli;
- *Atteggiamento di approvazione e di disapprovazione*: consistono in frasi del tipo “così va bene” “non credo proprio che dovrete farlo”, le quali presuppongono che l'operatore abbia il diritto di esprimere giudizi sul comportamento dei pazienti;
- *Atteggiamento di difesa*: quando il paziente esprime i propri sentimenti e opinioni su altri operatori, se l'operatore risponde “lavoro qui da molto tempo e vi assicuro che il personale è qualificato e serio”, rifiuta le opinioni del paziente, perché le interpreta come un'offesa personale;
- *Tecnica del consigliare*: consigliare priva il paziente della possibilità di prendere decisioni; tutt'altra cosa è dare informazioni, arricchendo la conoscenza del paziente di nuovi dati in base ai quali egli può prendere una decisione

---

<sup>20</sup> FEDERICI A, LUSSU A, TORTORELLI M., *La relazione e l'operatore socio sanitario*, Lavorare su sé stessi, lavorare con gli altri, Carocci Editore Roma 2006 pp. 32-34.

- *Riposte stereotipate*: sono riposte senza senso quelle che classificano i vari gruppi di persone trattandole come se fossero tutte uguali, negando così sia la possibilità di avere con il paziente un rapporto personalizzato sia l'importanza del messaggio del paziente (ad es. operatore: “ come si sente oggi?”, paziente: “ da cani. Vorrei essere morto”; operatore: “capita a tutti di passare dei momenti neri; o ancora “i nevrotici hanno tutti gli stessi bisogni”);
- *Cambiare argomento*: con questa tecnica è l'operatore che sceglie l'argomento da trattare e il messaggio che invia al ricevente è: “parleremo di ciò che *io* considero importante”; tale tecnica viene utilizzata per proteggere l'io dai problemi suscitati dall'ansia ed è determinata dall'incapacità ad ascoltare e dalla convinzione che il paziente non sia in grado di badare a se stesso;
- *Fraasi di incoraggiamento e di rassicurazione*: negano i sentimenti del paziente e la loro espressione (ad es. “ andrà tutto bene )<sup>21</sup>

Queste sono le modalità comunicative che possono favorire un rapporto positivo e anche il miglioramento delle condizioni di vita del paziente. Per realizzare una comunicazione efficace, l'operatore deve costantemente adoperarsi per: migliorare la comprensione delle dinamiche della comunicazione; raggiungere l'autoconsapevolezza delle proprie forze e debolezze; cercare di sviluppare costantemente la percezione delle necessità altrui.

## 2.7 Comunicare con la persona anziana

Ci soffermiamo ora su un periodo che è il processo di invecchiamento discutendo attorno al tema di "un'età da abitare". La metafora dell'abitare un periodo della vita faceva riferimento a quanto nell'andare in là con gli anni numerosi adattamenti divengono imprescindibili, pena la sofferenza della non crescita individuale. Come adattiamo la nostra abitazione alle esigenze, ai gusti e ai desideri del momento, con un

---

<sup>21</sup> *Idem*, pp. 35-36.

arredamento che rispecchia il nostro stile di vita, così "arrediamo" la nostra vita integrando le trasformazioni che sperimentiamo ogni giorno, e quindi la nostra identità, cioè il nostro modo di percepirci, di sentirci, di raccontarci agli altri dà un significato particolare al modo in cui noi comunichiamo. Essere in comunicazione con gli altri ci aiuta così a crescere e a trovare sempre nuovi equilibri. Continuando quindi il processo dinamico della costruzione dell'identità<sup>22</sup>.

Per l'essere umano di qualsiasi età, la comunicazione nelle sue forme verbali e non verbali è fonte di scambio fondamentale non solamente per trasmettere informazioni, pensieri, necessità, ma per creare condivisione e quindi cultura, e per poter continuare a costruire il senso di sé, il processo della propria identità in divenire.

Processo che continua lungo tutta la vita, anche quando apparentemente, in caso di malattie dei processi mentali, possa invece sembrare più difficile.

Posto questo assunto fondamentale e sottolineando come la narrazione di sé, il raccontarsi agli altri e a se stessi, converga in un equilibrio che aiuta e sostiene la percezione di benessere (narrarsi a un'altra persona implica vicinanza, ascolto, stimola la motivazione del significato di presenza), ricordiamo che in ogni tempo della vita ogni singolo individuo presenta bisogni e desideri strettamente soggettivi, per cui se una persona può desiderare contatti frequenti e intensi., altre ne necessiteranno invece meno. Il rispetto dei ritmi individuali e delle diverse percezioni di necessità aiutano il mantenimento dell'integrità soggettiva.

In particolare la comunicazione con la persona anziana pone alcune condizioni particolari. È noto, che l'invecchiamento porta con sé trasformazioni fisiologiche non gradevoli, in particolare per quanto concerne l'apparato visivo e uditivo.

Sentire meno bene può rivelarsi un elemento estremamente controproducente per l'efficacia comunicativa. Chi ha difficoltà di udito può sentirsi tagliato fuori, meno partecipe, correndo il rischio di ritirarsi da situazioni sociali a lui/lei gradite e fonte di benessere. Tipiche sono le situazioni di gruppo, nelle quali non sentire bene rende difficile seguire una conversazione fra più partecipanti.

---

<sup>22</sup> PEZZATI R., *La comunicazione con la persona anziana*, "Vademecum" 2004, L'anziano e la comunicazione, Associazioni Anziani Pensionati Invalidi dell'OCST (AAPI).

Alcuni individui faticano a chiedere di ripetere. Trovandosi poi non più in grado di esprimere la propria posizione in quanto mancano delle informazioni indispensabili per poter partecipare alla discussione.

A volte alcuni pazienti riportano di sentirsi addirittura sciocchi, o di temere di fare figuracce vuoi perché potrebbero non seguire la tempistica del discorso e quindi porre affermazioni in ritardo, vuoi perché temono che lo stare zitti venga interpretato dagli altri come disinteresse, incapacità o addirittura supponenza.

Non è quindi il deficit in quanto tale a determinare la fatica relazionale della comunicazione, bensì il significato attribuito. Ciò significa che a parità di difficoltà sensoriali una persona può percepire una sofferenza molto alta ed allontanarsi dagli altri, generando ulteriore disagio, mentre un'altra riesce a trasformare questa stessa sofferenza permettendosi, attraverso l'adozione di adattamenti a questo specifico problema, di mantenere e riattivare situazioni gradevoli, e come visto precedentemente, fonte di nuovi contatti e interessi.

Abbiamo sottolineato quanto si radichi nel rapporto con gli altri, negli scambi reciproci, la possibilità di crescere nella conoscenza di noi, e quanto questi incontri siano fonte di equilibrio emotivo personale (non dimentichiamo però che comunicare è fondamentale anche per il mantenimento di un buon funzionamento cognitivo, in particolare per la memoria). Quindi, dato che nella comunicazione l'interazione avviene almeno tra due individui, appare estremamente importante l'attenzione che poniamo verso il nostro interlocutore.

Affinché una comunicazione sia efficace e piacevole, nel caso di difficoltà uditive basta mettere in atto alcuni comportamenti correttivi quali per esempio porsi di fronte alla persona in modo che possa vedere anche l'articolazione labiale, che sia più vicina per non disperdere il suono, parlare a una velocità non eccessiva, ed altri ancora.

La postura del corpo, la mimica facciale, il gesticolare che accompagna il nostro eloquio, le pause, il tono della voce, sono esempi di comunicazione non verbale tra gli individui, ne è parte integrante e fondamentale, e della quale spesso non siamo consapevoli.



Tutta la prosodia, il non verbale, aiuta a meglio sottolineare e a chiarire il messaggio inviato al nostro interlocutore.

Un altro aspetto che mi preme rilevare riguarda il rischio di “infantilizzazione”. Possiamo a volte osservare come, in assoluta buona fede, alcuni individui, di fronte ad un grande anziano, tendano ad utilizzare un linguaggio semplificato, a volte eccessivamente infantile. Proprio in funzione dell'importanza del significato relazionale della comunicazione, dobbiamo essere vigili e non cadere in questa trappola: l'invecchiamento non comporta un inevitabile declino cognitivo!

Bisogna sempre rispettare le categorie relazionali abituali: ad un amico dò del tu, agli altri del lei. E' vero che alcuni operatori utilizzano la seconda persona singolare per rendere meno sgradevole l'impatto che il varcare la soglia di un'intimità (la stanza, il corpo) potrebbe produrre nell'ospite. Dobbiamo però tenere conto che i vecchi attuali fanno parte di una generazione nella quale il rispetto veniva ancora sottolineato proprio attraverso l'utilizzo di un pronome personale piuttosto che un altro. L'utilizzo del lei, per queste coorte, segnalava in modo importante il rispetto e la stima portata al proprio interlocutore.

Nella grande quantità di aspetti che si potrebbero prendere in considerazione, bisogna sollevare un'ultima questione, anche se fortunatamente tocca una fetta molto ridotta della popolazione anziana. Si tratta della comunicazione con il paziente che soffre di una forma di decadimento cerebrale, a cui viene posta la diagnosi di sindrome demenziale. Le persone affette da una forma di questa malattia (che sia Alzheimer o altro) continuano a rimanere persone a pieno titolo. Sicuramente senza il preziosissimo aiuto offerto dai familiari (ricordiamo che l'80% di questi casi continua a vivere a domicilio) e dagli operatori, essi non potrebbero sopravvivere in quanto con l'avanzare della malattia la loro autosufficienza va esaurendosi e chi li cura deve assumersi tutti gli oneri e le responsabilità.

Ma non si tratta unicamente di agire per e con lui, ma di continuare a tenere viva, nel limite del possibile, una comunicazione verbale e non verbale che possa essere fonte di stimoli altrettanto vitali quanto la cura fisica della persona. Continuiamo quindi a parlare con loro anche se apparentemente non ci capiscono, usiamo frasi brevi e chiare,

senza contraddizioni interne, con affermazioni o domande che riguardano il presente e non il futuro perché loro, a causa dei deficit non sono più in grado di proiettarvisi. Offriamo scelte tra due situazioni e non di più altrimenti si confonderebbero, ma continuiamo a offrirne, per farli sentire ancora partecipi.

Anche in questi casi la comunicazione è fonte di stimoli e di possibili riconoscimenti. In particolare parliamogli come ad un adulto quale è, rendendo evidente così il rispetto che gli portiamo e il valore che ha per noi. Questi malati sono grandi esperti della comunicazione non verbale nel senso che percepiscono, anche se non possono più tradurlo in pensiero comunicabile, le dissonanze che ci sono tra le nostre parole e il nostro atteggiamento (per esempio quando siamo nervosi o di fretta, ma cerchiamo di tenere un tono calmo, essi reagiscono a volte male, proprio perché cogliendo "un qualcosa" di non coerente, possono spaventarsi). La comunicazione con loro offre importanti spunti per il mantenimento delle capacità restanti, per salvaguardare la loro immagine di sé, e le loro risposte ci aiutano ad orientarci sempre meglio in questo difficile percorso dove paradossalmente

Ogni forma di comunicazione, verbale, scritta, simbolica, e non verbale sono fondamentali per noi essere umani.

## CAPITOLO 3

### L'APPROCCIO UMANO NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

---

#### **3.1 L'ascolto e la relazione d'aiuto: pilastri dell'assistenza infermieristica**

Uno dei problemi che vengono normalmente sollevati dagli operatori sanitari quando si propone loro di ascoltare il malato e di individualizzare il rapporto, riguarda il tempo necessario a seguire ciascun paziente, dal momento che gli operatori sembrano presupporre che ascoltare gli altri sia lungo, faticoso spesso noioso.

Questo compito appare ancora più spropositato agli operatori sanitari non medici, che hanno il carico dell'assistenza costante e che per poter lavorare bene devono coordinarsi con gli altri. Così, ogni volta che si propone loro di ascoltare i pazienti obiettano che questo tipo di approccio non può essere praticato da soli, ma può avere senso solo se diventa una pratica costante di tutto il reparto.

Bisogna però anche ammettere che ciascun malato vorrebbe avere un suo medico e infermiere di cui vorrebbe essere l'unico paziente e che questa esigenza è impossibile da accontentare.

Nell'ambiente ospedaliero è scoraggiata l'espressione dei bisogni e dei sentimenti e questo contribuisce a creare un clima di disconferma. Anche le persone malate non ospedalizzate vanno trattate con cura, interesse e professionalità, anche se il rapporto con loro sarà più breve.

L'importanza di cambiare le modalità di rapportarsi con il malato implica che l'operatore debba rinunciare alle operazioni difensive nei confronti dei malati e accettarli. Per fare questo egli deve innanzitutto accettare il fatto di essere anche lui un essere umano e sopportare la sua limitatezza. Il degente dev'essere inserito in un clima

di serenità e libertà e ha bisogno di un rapporto con l'operatore che lo aiuti a superare la crisi che la malattia comporta.

Il malato si deve sentire capito e ascoltato. È importante che durante la degenza ospedaliera si tengano in considerazione le esigenze del malato rispetto ai disturbi che via via accusa. L'operatore dev'essere disposto a rivedere continuamente l'idea che si è fatto del malato e a non incasellarlo una volta per tutte<sup>23</sup>.

Quando parliamo della relazione d'aiuto è interessante partire dal significato della nozione d'aiuto. In questo ambito è utile ricorrere alle suggestioni degli studi antropologici per comprendere le radici storiche dell'evoluzione di atteggiamenti e sentimenti sociali. La solidarietà e la collaborazione fra individui è un "dono antico" che ci fa risalire alla nascita delle prime società organizzate, allo scambio e al dono. L'aiuto suppone la reciprocità.

Il dono è quindi libero, ma nel contempo obbligatorio.

Poiché da qualche decennio il concetto di relazione d'aiuto è strumento essenziale di alcune professioni quali l'educatore, l'operatore sociale, l'infermiere, il medico, lo psicologo, la domanda che nasce riguarda il tipo di trasformazione del suo significato.

Aiutare significa anche attivare, alimentare, sollecitare tutte le potenzialità dell'individuo, stimolare l'attivismo bloccato, rimuovere gli ostacoli allo sviluppo, agire insomma in un'ottica di *empowerment*.

La relazione interpersonale di aiuto è stata descritta rigorosamente da Hildegard Peplau che nel suo lavoro *Interpersonal Relation in Nursing*, esorta gli infermieri a utilizzare il rapporto interpersonale nella pratica assistenziale come strumento terapeutico e ne identifica quattro fasi:

1. L'orientamento, fase in cui avviene l'incontro tra infermiere e paziente che segnerà e influenzerà, fin dal primo momento, la relazione.
2. L'identificazione, fase in cui il paziente si affida a coloro che gli inducono sicurezza, protezione e sensibilità di fronte alla minaccia costante di malattia.
3. Lo sviluppo, fase in cui il paziente cerca di trarre l'utilità dai servizi e cure offerte attraverso la relazione.

---

<sup>23</sup> KANISZA S., *L'importanza dell'ascolto*, Collana Dimensione educativa Gennaio 2005, p 154.

4. La risoluzione, fase in cui il paziente diviene sempre più indipendente e capace di soddisfare in autonomia i propri bisogni di salute e pertanto la relazione si avvia alla conclusione.

Ciò che conta per Peplau è l'utilità della comprensione del proprio comportamento (come operatore) per aiutare gli altri a capire le proprie difficoltà. L'introspezione e l'autoanalisi diventano allora strumenti di crescita personale e professionale<sup>24</sup>.

Centrale al concetto di assistenza infermieristica è il concetto di aiuto. L'assistenza infermieristica, infatti, è essenzialmente una relazione d'aiuto, i cui obiettivi sono quelli di sostenere, assistere, prendersi cura<sup>25</sup>. Gli infermieri si occupano dell'impatto che la malattia ha sul quotidiano del paziente, più che della patologia di per sé, e della persona con problemi, più che del singolo problema, pertanto devono avere competenze per gestire i problemi fisici e, per alcuni aspetti, anche quelli psicologici e sociali.

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

Quale tipo d'aiuto si fornisce attraverso una relazione?

Le ricerche dicono che le persone traggono alti livelli di supporto dalle relazioni informali: chi ha relazioni interpersonali in cui è possibile uno scambio/condivisione di sensazioni o esperienze ha livelli più alti di benessere; molte persone percepiscono che questo tipo di sostegno qualitativo sia molto più importante di quello quantitativo. L'aver il sostegno degli altri, il poter condividere sensazioni, problemi, il riuscire a parlarne ed il supporto emotivo che se ne riceve in cambio riduce l'impatto di situazioni stressanti come la malattia o l'intervento chirurgico.

Dalla relazione interpersonale deriva un guadagno anche terapeutico. Una delle dimensioni su cui probabilmente incide in maniera importante una relazione che sia

---

<sup>24</sup> DI SAURO R., ALVARO R., *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*, Aracne editrice, Roma 2008, pp. 57-58.

<sup>25</sup> SAIANI L., DI GIULIO., *La relazione d'aiuto con il paziente e la famiglia*, Cavazzuti e Cremonini, Assistenza Geriatrica Oggi, CEA, 1999.

effettivamente d'aiuto è la stima di sé, di conseguenza, la percezione da parte del paziente di essere accettato e rispettato. Questa qualità (che è chiamata calore, rispetto, interesse) è collegata in modo positivo anche con l'esito della terapia.

### **3.2 La relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica**

L'assistenza infermieristica di per sé è da molti considerata terapeutica grazie ai seguenti attributi: reciprocità, intimità e scambio. Questo implica che nella relazione d'aiuto si mette in comune qualcosa di sé. Aiutare, infatti significa mettere a disposizione risorse personali per coloro che ne hanno più bisogno: occorre però che chi aiuta sia in grado di identificare chiaramente il bisogno.

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

L'aiuto può essere fornito sotto forma d'informazione. La mancanza di comprensione ed informazione rappresentano, infatti, una delle principali fonti di stress. L'obiettivo è quello di fornire informazioni sufficienti per mantenere realistiche le attese sulla malattia ed i suoi esiti. L'utilità effettiva, o percepita, dell'informazione dipende da chi la fornisce e da come viene trasmessa. Il personale medico ed infermieristico è considerato esperto e fonte di informazioni più credibili dei familiari, probabilmente perché i pazienti si aspettano di essere aiutati, e gli operatori, fonte formale di aiuto, sono nella posizione migliore per farlo.

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

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

Creare quest'ambiente richiede una buona capacità di valutazioni delle condizioni del paziente e della situazione e la capacità di raggiungere l'equilibrio tra vari comportamenti. Il rimprovero non viene percepito utile, come anche l'intrusione o un coinvolgimento eccessivo. Un elemento importante in qualunque relazione d'aiuto è riuscire a far cambiare l'utente lasciandogli la convinzione che sia egli stesso l'artefice ed il responsabile del cambiamento, questo ha un effetto positivo sull'autostima del paziente.

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

La relazione d'aiuto in ambito infermieristico può essere:

*Informale:* tipico dell'assistenza infermieristica quotidiano in risposta a bisogni e problemi degli assistiti, che emergono durante l'iter diagnostico terapeutico assistenziale; questo tipo di relazione che si esplicita in un atteggiamento empatico di comprensione e d'ascolto consente ai malati di sentirsi confortati e di reagire positivamente alle difficoltà (esempio: paura per delle indagini strumentali).

*Formale:* basata su un progetto assistenziale specifico, volto a realizzare un intervento mirato ad obiettivi nel medio-lungo termine. Attuabile con un'adeguata preparazione e soprattutto con tempo a disposizione ed autonomia.

Le caratteristiche che l'infermiere deve possedere per poter attuare un'efficace relazione d'aiuto sono:

- Consapevolezza di sé e dei valori: deve essere in grado di rispondere alle domande “chi sono”, “in cosa credo”, “cos’è importante per me”? con lo scopo di aiutare il malato a rispondere alle stesse domande.
- Capacità di analizzare i propri sentimenti: l’operatore deve imparare a riconoscere ed affrontare i propri sentimenti di gioia e di dolore, rabbia e frustrazione.
- Capacità di servire da modello per indicare ad un’altra persona la via della salute. È necessario che l’infermiere in prima persona mantenga un certo livello di salute fisica e mentale, nello spirito e nello stile di vita.
- Altruismo: ovvero il trarre soddisfazione dall’aiutare le persone in modo umanitario.
- Responsabilità: capacità di assumersi la responsabilità delle proprie azioni e di condividerle, con gli altri membri dell’equipe coinvolti<sup>26</sup>

Concludendo è possibile affermare che:

- La relazione con il paziente è un atto terapeutico per il paziente.
- La relazione attenta, in una dinamica di ascolto e di scambio, è un atto curativo.
- La relazione con il paziente ci porta alla convinzione implicita di esistere come “persone” e non come “lavoratori”.
- La relazione con il paziente è uno stile di vita che si impara con una dimensione di ascolto.
- La relazione con il paziente è uno stile di vita che può essere contagioso.
- La relazione con il paziente è uno stile di vita che comporta ascolto e attenzione e fa bene alla persona che è in noi<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> ZOIA D., *La relazione d’aiuto nella comunicazione*, <http://www.infermieri.comarchiviozoiazoia.pdf>  
26/06/2012

<sup>27</sup> *La relazione con il paziente anziano*, Sant’Angelo Lodigiano 4 Maggio 2006



### 3.3 Tipologie di ascolto

#### Ascolto attivo

Cosa si intende per ascolto attivo? Quando una persona si esprime rivela inevitabilmente caratteristiche della propria personalità attraverso un messaggio che si articola su quattro piani:

1. Il primo riguarda il contenuto, ovvero le informazioni, le notizie, le opinioni che si riferiscono all'oggetto della comunicazione;
2. Il secondo consiste nell'appello, ovvero la dimensione psicologica, l'implicito, e le richieste sottese al messaggio. In pratica, è quello che la persona ci sta chiedendo al di là delle parole;
3. Il terzo si riferisce all'autorappresentazione, ovvero al modo in cui la persona si vede, si percepisce, rappresenta se stessa in quello scambio comunicativo;
4. Il quarto si riferisce al tipo di relazione che la persona sta esprimendo, come si sta riferendo al suo interlocutore, come si percepisce nell'interazione. Quest'aspetto rivela come chi parla percepisce chi gli sta di fronte e come sta vivendo la situazione comunicativa. Per chi si occupa di persone in situazioni di difficoltà è fondamentale saper riconoscere i fattori che entrano in gioco nella comunicazione, saper individuare le variabili verbali e non verbali, il grado di congruenza del messaggio, gli elementi che si contraddicono, ma soprattutto l'immagine che l'altro ha di se stesso, il ruolo che sta impersonando e come percepisce il suo rapporto con noi.

All'interno di uno scambio comunicativo di tipo professionale vi sono numerose possibilità di interventi inefficaci di risposta:

- ❖ l'atteggiamento di indagine, che sposta l'attenzione del cliente da quello che sta cercando di comunicare, orientando il suo discorso in un'altra direzione;
- ❖ l'atteggiamento di decisione, che si manifesta nell'imporre soluzioni, anche valide e di buon senso, che però scaturiscono dall'esperienza di chi le propone e non dal repertorio di possibilità di chi le chiede;

- ❖ l'atteggiamento di sostegno, che si traduce in espressioni consolatorie, con le quali si cerca di dare conforto e sostegno morale per rassicurare chi chiede;
- ❖ l'atteggiamento valutativo, che si esprime in giudizi gratuiti che rappresentano solo i valori, il vissuto, le percezioni dell'operatore e trascurano invece di esplorare quelli del cliente;
- ❖ l'atteggiamento interpretativo, che viene spesso considerato come una ricerca di soluzione del problema e quindi considerato come un intervento efficace, ma che può essere avvertito dal cliente come un rifiuto dell'ascolto o come l'esibizione di un pregiudizio.

Un corretto atteggiamento d'ascolto deve essere orientato alla comprensione degli stati d'animo del cliente, deve poter dare luogo a una relazione che nella fase iniziale sarà flessibile, non direttiva e aperta all'imprevisto.

Nella gamma delle forme corrette di risposta, si potrà scegliere tra forme verbali non direttive e altre più attive, ma comunque accoglienti.

Tra quelle non direttive troviamo:

- ❖ chiarire “mi scusi, forse non ho capito bene, può spiegarmi meglio...”
- ❖ parafrasare “se ho capito bene, lei ha detto che...” fra quelle più attive;
- ❖ l'esplorazione del discorso
- ❖ il confronto di alcune parti del messaggio.

Quando il messaggio del cliente è ambiguo, confuso, mette insieme vari problemi di genere diverso, si può avviare una chiarificazione, richiesta con frasi del tipo: “lei mi stai dicendo che... ma anche che... mi può chiarire meglio il primo di questi problemi?”.

L'obiettivo è quello di rendere esplicito il messaggio, cercando di comprenderlo bene, evitando il rischio di perdere punti essenziali. Oppure si può ricorrere alla parafrasi, una riformulazione del contenuto del messaggio che può servire a:

- ❖ restituire al cliente la comprensione della propria situazione;
- ❖ far capire all'altro la propria totale disponibilità ad assumere il suo punto di vista;
- ❖ riassumere i principali punti critici quando la comunicazione è stata molto ampia e articolata;

- ❖ rendere comprensibili contenuti confusi sul piano percettivo o logico (esempio: quando dice ‘una palla al piede’ intende dire che non può più dedicarsi ai fine settimana in montagna come faceva prima?).

La parafrasi è molto utile per sintonizzarsi con il bisogno del cliente, focalizzare i problemi e trovare un modo di comunicare che sia il meno ambiguo possibile.

Tra i blocchi della comunicazione troviamo anche errori nella comunicazione non verbale, che riguardano in modo particolare il linguaggio del corpo (contatto visivo, postura, gestualità, distanza interpersonale, etc.).<sup>28</sup>

Nel processo di comunicazione la capacità di ascolto rappresenta una condizione essenziale per conoscere in modo più approfondito i diversi soggetti sociali con i quali si comunica, per entrare in contatto con le loro specifiche esigenze.

La possibilità di capire e di farsi capire aumenta se si attivano processi comunicativi bidirezionali all’interno dei quali gli obiettivi, le percezioni e gli interessi dei diversi interlocutori possano ricevere tutti ascolto e riconoscimento.

Possiamo distinguere due tipologie del ascolto:

*Ascolto competitivo*: chi ascolta è più attento a sostenere i propri argomenti, piuttosto che a comprendere cosa intende dire veramente chi parla

*Ascolto riflessivo*: chi ascolta è utilizzato dal mittente perché riflette, come un specchio, le idee dell’interlocutore e lo aiuta ad affrontare il problema, che per lo più è emotivo.

### **Ascolto come competenza sociale**

La prima tappa di questo viaggio nella condivisione della relazione di cura, è la conoscenza circa le competenze richieste dall’ascolto attivo. Nella vita di tutti i giorni pretendiamo spesso che gli altri ci ascoltino, ma raramente sentiamo una naturale propensione ad ascoltare fino in fondo lo sfogo di un amico, la confidenza di un figlio, la comunicazione di un collaboratore senza interrompere con la classica esclamazione “ho già capito!”.

---

<sup>28</sup> MELON M C, STINZIANI S.,( a cura del settore Residenze Anziani CADIAI), *Spazi per condividere*, Quaderni CADIAI N. 11, 2009.

La maggior parte delle persone considerano l'ascolto un momento frustrante e il prendere la parola come un'espressione di potere, per cui assistiamo spesso a conversazioni in cui le persone 'si parlano sopra', si interrompono continuamente, non si lasciano reciprocamente spazio, con un risultato finale di estrema confusione e inefficacia dello scambio verbale.

L'ascolto empatico, al contrario, è una modalità di interazione che permette di cogliere altre numerose modulazioni di un messaggio, assegnando alla comunicazione verbale una prospettiva diversa.

### **L'ascolto empatico nella relazione d'aiuto**

Ascoltare empaticamente significa saper mettere a tacere per qualche istante le proprie premesse e le proprie aspettative, per ascoltare con genuina curiosità quello che l'altro ha bisogno di dire. Occorre saper reprimere l'abitudine alla valutazione e al giudizio per offrire all'altro la nostra completa attenzione, per cercare di entrare nel suo mondo, per riuscire ad adottare il suo punto di vista senza pregiudizi.

Dal punto di vista della pragmatica della comunicazione bisogna saper concedere il giusto spazio all'interlocutore, sottolineando la nostra disponibilità all'attenzione con uno sguardo attento, una postura composta, segni del capo, espressioni facciali, la capacità di rispetto dei turni di parola, l'abilità di rimandare in ogni momento, soprattutto attraverso canali non verbali, un messaggio di conferma della relazione e di accoglienza dei contenuti del discorso.

È facile che si verifichino blocchi della comunicazione, è naturale per chiunque interrompere, dare giudizi, offrire consigli, minacciare, accusare, svalutare, deridere, generalizzare, incalzare, imporre, interpretare, perché la nostra cultura ci ha formati a questo. Crediamo spesso di essere buoni ascoltatori quando proponiamo all'altro un buon consiglio e un ampio repertorio di soluzioni personali.

Alcuni esempi di blocchi nella comunicazione:

- ❖ interrompere "sì, sì, ho già capito, andiamo avanti..."
- ❖ esprimere giudizi "malissimo! Hai fatto male, dovevi fare in un altro modo, ..."
- ❖ offrire consigli "se fossi in te... io al tuo posto farei..."
- ❖ minacciare "se non la smetti di piangerti addosso, vedrai..."

- ❖ svalutare “ma dai, non è così grave... Non sei l’unico ad avere dei problemi al mondo...”
- ❖ deridere “figurati, tra qualche giorno non ci penserai più”
- ❖ generalizzare “tutti si comportano così... In generale, non è grave”
- ❖ incalzare “non può essere vero che tutti...! ma dai, raccontami bene...”
- ❖ imporre “adesso basta, devi smetterla!”
- ❖ interpretare “adesso stai male, perché non te lo aspettavi... Secondo me è solo un momento di passaggio...”

L’operatore sanitario deve imparare a fare molta attenzione alla qualità della sua comunicazione perché, se anche spesso ne sottovalutiamo l’effetto, la comunicazione interpersonale, verbale e non verbale è uno strumento fondamentale del lavoro di cura.<sup>29</sup>

### **L’ascolto attivo nella relazione di aiuto**

Per praticare l’ascolto attivo nella relazione di aiuto bisogna saper:

- ❖ Tacere: Per lasciare al paziente il tempo di parlare e di entrare in comunicazione con se stesso, per permettergli di esprimere ciò che sente. Bisogna fargli capire che si comprende il messaggio dato. Il modo di fare deve essere disponibile, tranquillo, in accordo con ciò che si ha piacere di comunicare.
- ❖ Invitare il paziente a parlare: Trasmettergli in maniera attiva la nostra disponibilità ad ascoltarlo, attraverso uno sguardo, un segno, una parola: «sono qui per parlare con lei».
- ❖ Proporre al paziente delle domande aperte: Per iniziare gradualmente la comunicazione « come si sente ?»;
- ❖ Effettuare chiarificazioni e verifiche
- ❖ Utilizzare la decodificazione e la ripetizione: si tratta di ridire alla persona in difficoltà quello che noi crediamo di percepire del suo dolore.

Queste tecniche permettono al malato di sentirsi ascoltato, di esprimersi liberamente e di comprendere ciò che sta vivendo. Il paziente ha, inoltre, la sensazione di poter

---

<sup>29</sup> MELON M C, STINZIANI S.,( a cura del settore Residenze Anziani CADIAI), *Spazi per condividere*, Quaderni CADIAI N. 11, 2009.

controllare il colloquio. Permettono a colui che ascolta di verificare la qualità del suo ascolto.<sup>30</sup>

### **3.4 Atteggiamenti fondamentali per un ascolto attivo**

L'ascolto attivo si basa sull'empatia e sull'accettazione. Esso si fonda sulla creazione di un rapporto positivo, caratterizzato da un clima in cui una persona possa sentirsi empaticamente compresa e, comunque, non giudicata.

Quando si pratica l'ascolto attivo, invece di porsi con atteggiamenti che tradizionalmente vengono considerati da "buon osservatore", ossia, come persone impassibili, "neutrali", sicure di sé, incuranti delle proprie emozioni e tese a nascondere e ignorare le proprie reazioni a quanto si ascolta, è più opportuno rendersi disponibili anche a comprendere realmente ciò che l'altro sta dicendo, mettendo anche in luce possibili difficoltà di comprensione. In questo modo è possibile stabilire rapporti di riconoscimento, rispetto e apprendimento reciproco. Per diventare "attivo", l'ascolto deve essere aperto e disponibile non solo verso l'altro e quello che dice, ma anche verso se stessi, per ascoltare le proprie reazioni, per essere consapevoli dei limiti del proprio punto di vista e per accettare il non sapere e la difficoltà di non capire.

I principali elementi o condizioni che caratterizzano una buona attività di ascolto, sono:

La prima condizione è *l'accettazione incondizionata dell'altro*. Questo richiede anzitutto il perenne stare in contatto con le proprie emozioni relative al contatto con l'altro. Fondamentale l'ascolto e il lavoro sulle resistenze che non permettono l'instaurarsi di un rapporto di totale accoglienza.

La seconda condizione è *l'autenticità*, cioè l'essere liberamente e profondamente se stesso. Egli, cioè, non assumere atteggiamenti diversi da quelli che normalmente

---

<sup>30</sup> SCAFFIDI, A. SBANOTTO e E., *Comitato Ospedale senza Dolore dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano*. Progetto Ospedale Senza Dolore IEO. [Online] 2003.

connotano la propria persona. Questo non significa manifestarsi in tutto o dire tutto al cliente perché al centro rimangono i bisogni di quest'ultimo.

Una terza condizione legata alla precedente è la *congruenza*. Essa non corrisponde alla coerenza. La coerenza non è una condizione umana. Talvolta è l'espressione di una rigidità che ricerca costantemente una nevrotica perfezione. La coerenza, intesa in senso rogersiano è la consapevolezza di essere e di manifestarsi, di sentire e di comunicare in modo non scisso. La persona incongrua è quella che "si comporta come se si fosse diversi da come si è". Si può negare agli altri e persino a se stessi la propria intima realtà, ma l'energia bloccata fluisce involontariamente nel corpo e si manifesta all'esterno. Infatti, se il linguaggio traduce, il non-verbale tradisce. Il terapeuta o il counselor comunica non verbalmente in armonia con il linguaggio verbale, ma solo perché ha trovato questa armonia interiore e non perché controlla il suo corpo. Non c'è nulla di più artefatto che un corpo apparentemente disteso con un interiore centrato sul controllo dei movimenti. La percezione esterna è immediatamente quella che "si sta facendo finta" e l'ascolto non è attivo e centrato sull'altro.

Una quarta e fondamentale condizione, l'*empatia*, è il "*il sentire il mondo personale del cliente come se fosse nostro, senza però perdere mai il 'come se'*".

E' l'essere prossimo al cliente mentre si recuperano stati d'animo analoghi ai suoi. Questo facilita la sua apertura e la fiducia verso il counselor. Nello stesso tempo è fondamentale quello che il cliente prova, e che l'agevolatore comprende perché 'si è messo nei suoi panni. In questo senso l'empatia non è l'unipatia, perché si sta con l'altro intensamente, ma non si è l'altro.

Roger Mucchielli individua, sulla scia della riflessione rogersiana, della modalità da evitare affinché la terapia sia veramente centrata sul cliente.

Alcuni hanno sintetizzato queste non-facilitazioni nell'acronimo *VISSI*

V = valutare

I = interpretare

S = sostenere

S = soluzionare

I = indagare

Si VALUTA quando, facendo riferimento a norme a o a valori, le risposte comportano un giudizio, vale a dire che esse implicano un'opinione etica personale sia di critica sia di approvazione. Questo modo di intervenire induce inibizione, ribellione, colpevolezza o compiacenza (a secondo che ci sia critica o approvazione) e angoscia.

Si INTERPRETA quando le risposte cercano un significato "altro" rispetto a ciò che viene detto dal cliente. In realtà l'interpretazione è sempre un rischio soprattutto perché si blocca il libero auto-esplorarsi dell'altro e lo si orienta verso ciò che sembra essenziale all'operatore alla ricerca, in realtà, di una nostra spiegazione mentale. In questo senso può anche bloccarsi un con-tatto emotivo verso una cognitivizzazione, magari non rispettosa dei tempi del cliente. Quindi avviene una distorsione e deformazione del pensiero altrui, tendenzialmente proiettive di parti di noi negli altri, una impropria gestione temporale e un passaggio di contatti fra i diversi "ambienti" della personalità dell'altro, in assenza di un suo bisogno. Induce resistenza, irritazione, disinteresse, incomprensione, sospetto.

Si SOSTIENE quando le risposte mirano ad apportare incoraggiamento, consolazione e compensazione. Talvolta si sostiene minimizzando perché il contenuto dell'altro attiva ansia e questo è un modo per tenerla sotto controllo (certamente non quella del cliente). É anche l'aiuto prestato quando non richiesto. E' la condizione più frequente di chi vive nel ruolo di "salvatore". Induce nell'altro dipendenza e sottomissione, apatia, non assunzione di responsabilità proprie.

Si SOLUZIONA quando le risposte tentano di trovare una via d'uscita immediata ad un problema e perciò si reagisce con l'azione ed incitando ad essa. Questo atteggiamento blocca il contatto con quanto viene provato, condizione fondamentale per attivare, poi, risorse. In questo caso, analogamente all'interpretazione, è facile proiettare la soluzione che noi prenderemmo in situazioni analoghe. Si contiene la propria ansia e ci si sbarazza velocemente dell'altro senza aspettare per saperne di più e/o attendendo il movimento dell'altro. Induce sgomento, ansia di prestazione, blocco dell'auto-esplorazione e delle condotte autonome.

Si INDAGA quando c'è la smania di sapere di più e si orienta il discorso in ciò che sembra importante per noi. E' un'indiretta accusa dell'altro di non volere andare



all'essenziale o di perdere tempo. Di norma si attiva con una fretta inquisitrice. Induce difesa, reazioni ostili e falsa l'espressione della relazione comunicativa poiché si cerca di apparire meglio di come si è. Sollecitato dal gioco di parole, ho provato ad individuare in un altro acronimo il possibile antidoto al VISSI: il *CUORE*

#### C = COMPRESIONE

Si cerca di capire l'altro e le risposte riflettono il tentativo di entrare sinceramente nel problema così come esso è vissuto dall'interlocutore. Primo obiettivo è il cercare di aver ben capito ciò che è stato detto. E' l'atteggiamento che dà fiducia all'interlocutore e fa sì che l'altro continui ad esprimersi e ad auto-esplorarsi. E', infatti, la prova tangibile, che lo stiamo ascoltando attivamente, cognitivamente ed insieme emotivamente, senza pregiudizi.

#### U = USCIRE DA SE'

Inteso come decentramento da sé. Le risposte sono calibrate "mettendosi nei panni dell'altro" affinché l'ascolto sia libero ed efficace (anche se l'interlocutore mi sta comunicando contenuti che posso non condividere). Induce, nell'altro, apertura e disponibilità a comunicare a 360°. Educa anche in chi ascolta al valore della diversità di opinioni e di vedute.

#### O = OGGETTIVARE

Le risposte sono orientate alla presa d'atto dei dati concreti e soggettivi del cliente, piuttosto che alle deduzioni. Quest'ultime attivano valutazioni, interpretazioni e indagini, quindi difese, interruzione dei flussi comunicativi e dipendenza. Prima di fare inferenze è opportuno stare sui dati oggettivi e comunque proporle prendendone la responsabilità (io sento che...mi sembra che...) e rimandando poi al cliente.

#### R = RIFORMULARE

E' la tecnica per eccellenza rogersiana. Le risposte rimandano come in uno specchio quello che l'altro sta comunicando per offrire l'opportunità di un auto-chiarimento e per trovare consapevolezza, soluzioni e mediazioni. L'altro possiede già dentro di sé le risposte. La riformulazione è esperienza diretta e tangibile dell'ascolto dell'altro che viene invitato a prendere in mano la situazione.

E = EMPATIZZARE

Si crea una condizione relazionale in cui si comunica emotivamente l'interesse per l'altro, la passione, l'affetto e la fiducia. Ci si sente accolti e si impara a ricercare e a fidarsi della naturale energia personale che ha una direzione fondamentalmente positiva tendente all'auto-soluzione.

### **3.4.1 Ascoltare il paziente anziano**

Ci si chiede spesso di cosa hanno bisogno gli anziani. Certo di molte cose, esattamente come tutti, i giovani, gli studenti, le casalinghe, chi lavora. Hanno bisogno di un rapporto diretto con la realtà, di mediazioni, cioè di contatti, hanno bisogno di servizi, di affetto, e l'elenco potrebbe continuare tenendo presenti molte varianti, perché ogni singola persona poi ha dei bisogni, delle attese sue personali. Quindi hanno bisogno di ricevere, ma non dimentichiamo che gli anziani hanno bisogno - soprattutto e di più - di dare, di rendersi utili, di contribuire. E questo a molti livelli, da quello affettivo a quello pratico. Guardiamoli bene: più che ricevere, danno, e senza chiedere interessi.

Questa dinamica del dare ed avere, bisogno di dare e bisogno di ricevere, è prettamente di tipo comunicativo. Gli anziani (esattamente come tutti gli altri, ma spesso in forma più matura, grazie anche all'esperienza) si collocano all'interno di una situazione di scambio. E questa che cos'è, se non comunicazione? Perché in ogni cosa che danno e ricevono ci mettono un messaggio. Questo ci porta a dire che gli anziani hanno bisogno di ricevere e trasmettere comunicazione; magari solo un sorriso, uno sguardo dolce, un gesto, e sappiamo quanto queste piccole-grandi cose sappiano comunicare più di tanti discorsi e ragionamenti. Hanno bisogno di qualificare le cose che danno e che ricevono con quel valore aggiunto che è, appunto, la comunicazione. In entrata e in uscita. Perché sarebbe riduttivo pensare agli anziani solo come a dei destinatari, dei ricettori di comunicazione. Lì, immobili, in attesa che qualcuno o qualcosa (magari solo la radio) dia loro delle comunicazioni, degli input. È vero il contrario, ossia che anche quelli costretti a una mobilità ridotta, per forza di cose, o addirittura all'immobilità, sentono fortemente il bisogno di ricevere e soprattutto di dare

comunicazioni: gesti, accenni, parole, movimenti, messaggi. Ritengo quindi che il dovere di tutti noi ancora non cronologicamente anziani, sia di ascoltare quello che hanno da dirci e prendere quello che hanno da darci. Di questo soprattutto hanno bisogno, questo soprattutto fa loro piacere. Gli anziani, soprattutto se sentono il peso degli anni, chiedono attenzione, e la prima attenzione è l'ascolto, che è una raffinatissima forma di comunicazione<sup>31</sup>.

### **3.5 Interazione infermiere-paziente nella relazione d'aiuto**

Per poter sostenere interazioni costruttive e realistiche occorre riconoscere sia le aspettative, sia i timori della relazione, che spingono ad agire sempre in modo inefficace. Le aspettative dell'infermiere possono essere:

*Essere un buon genitore.* Non è rara per un operatore che si occupa di assistenza la presenza di una motivazione collegata all'utilità sociale del lavoro e quindi è facile identificarsi con un ruolo parentale di buon genitore che accudisce il figlio/paziente. Specialmente nelle strutture ospedaliere i paziente finiscono per chiedere più o meno esplicitamente questo ruolo. Sul piano comportamentale l'essere comprensivo e tollerante verso i pazienti rischia di creare un'eccessiva dipendenza, favorendo la regressione o impedendo la ripresa di funzioni e attività autonome.

*Essere un missionario.* Aspettativa simile alla prima, si fonda sulle motivazione di aiutare gli altri. La visione sociale, fino a pochi anni fa, verteva sul considerare la professione assistenziale come una sorte di vocazione piuttosto che una vera professione: massima disponibilità, comprensione, tolleranza, spazio a buoni sentimenti e intenzioni era quello che il cittadino si aspettava da un operatore sanitario. Atteggiamenti desiderabili per una relazione che non aiuta in alcun modo l'assistito ad

---

<sup>31</sup> Vademecum 2004 AMBROSIONI D., *Anziano e la comunicazione*, Associazione Anziani pensionati invalidi dell'OCST, pp. 6-7.

affrontare le proprie emozioni, non gli permette di esprimere ansie e parti aggressive, anzi finisce per colpevolizzarlo implicitamente per la presenza di sentimenti ostili.

*Essere al di sopra delle parti.* Le professioni sanitarie, la voglia di curare l'altro e il forte desiderio di restituirne l'integrità rappresentano motivazioni profonde nella scelta della professione sanitaria e sociale. Gli atteggiamenti tipici sono il trionfo, la freddezza, il desiderio, il distacco.

Timori e paure dell'infermiere

*Sentirsi piccoli, incapaci e impotenti.* Si tratta di paure presenti nell'infermiere perché riguardano parti fragili del Sé, emergono frequentemente nelle prime esperienze lavorative. Il problema si sviluppa su due livelli: il primo legato alla fantasia di guarire e aiutare, il secondo è legato alla paura di sentirsi del tutto impotenti di fronte al dolore e alla malattia. Il peggioramento del paziente o la mancanza di benefici possono essere vissuti come fallimento personale con sentimenti di colpa e bassa autostima professionale.

*Paura di far male.* La paura di fare male è legata a un doppio risvolto, sia al dolore fisico, sia al dolore emotivo collegato alla relazione con l'assistito.

Aspettative del paziente

*Liberarsi del dolore.* L'aspettativa del paziente è liberarsi dal dolore; ciò ha a che fare con comportamenti regressivi, di dipendenza passiva, dove si dipende completamente dall'altro declinando ogni assunzione rispetto alla cura.

*Essere accettati e amati.* Si tratta del bisogno di ogni essere umano di trovare qualcuno che accetti quello che siamo. Aspettativa alquanto marcata durante lo stato di malattia. Sapere di essere comunque aiutati, anche con la propria rabbia e il proprio vissuto negativo, e non solo se si è bravi paziente che si comportano bene e collaborano.

*Poter condividere.* Si tratta di una modalità più emancipata; il paziente si aspetta di trovare nell'operatore vicinanza e solidarietà, in grado di accompagnarlo nella sofferenza senza sfuggire o spaventarsi.

Timori e paure del paziente

*Paura dell'errore e del dolore.* Una paura facilmente comprensibile, in quanto il paziente si trova in situazione di sofferenza dovendo subire pratiche diagnostiche e

terapeutiche talvolta invasive e dolorose. Ci possono essere manifestazioni marcate di ansia verso questi aspetti del ricovero. Alla paura accompagnata dal dolore si affianca quella che i medici e gli infermieri possono sbagliare.

*Essere criticato o puniti.* La fantasia che sottende questa paura è la convinzione che la malattia sia una sorta di punizione. In alcuni casi i pazienti verbalizzano questo pensiero nel momento in cui collegano l'insorgere della malattia con eventi della propria vita in cui ritengono di essersi comportati poco seriamente. La malattia diventa un percorso finalizzato alla purificazione che consentirà successivamente all'individuo di riprendere la sua vita normale.

*Essere abbandonati.* La condizione di bisogno e di disagio in cui versa il paziente tende a creare un forte legame di dipendenza con gli operatori con il timore di non essere più assistito o trascurato. La fantasia è quella di essere responsabile e causa della perdita per essere stato troppo richiedente<sup>32</sup>.

### **3.6 Rischi del non ascolto nella relazione al paziente**

Ospedali al servizio di chi? Cresce in modo esponenziale l'insoddisfazione sia nei ricoverati in ospedale, sia nei loro familiari e amici. Due i motivi di frustrazione, di rabbia, di collera, di amarezza e di furore, a seconda del temperamento e della situazione: la "mancanza di umanità", da parte di medici e personale sanitario; e il numero di problemi e danni causati da errori medici o infermieristici, e indipendenti dalla malattia che aveva originato il ricovero, che in medicina vengono definiti "eventi avversi". Un equivalente, altrettanto pericoloso, del militare "fuoco amico".

La mancanza di umanità (con tutte le eccezioni del caso) è il problema più soggettivamente doloroso: la sensazione di essere trattati come "oggetti di cura" e non come persone, è grave e frustrante. Sentirsi un numero, un pezzetto di corpo, un organo

---

<sup>32</sup> DI SAURO R, ALVARO R., *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*, Aracne editrice, Roma 2008, pp. 62-64.

malato, e non una persona che soffre, che si sente sola, che ha paura, che ha bisogno di chiedere e di essere ascoltata e rassicurata, queste sono motivatissime ragioni di collera, di rabbia e di amarezza, sia nel malato, sia nei suoi familiari. Questa paradossale perdita di umanità, ancora più grave perché colpisce una professione che per definizione dovrebbe essere umana, ha molte radici. Innanzitutto, la oggettivizzazione o “scientificizzazione” della medicina, sempre più standardizzata in termini di protocolli di cura: il che è un bene, purché non si perda l’anima dell’essere operatore sanitario. Poi la contrazione dei tempi di cura, per il bisogno di ottimizzare costi e budget. Con un medico ospedaliero costretto a spendere in media il 60% del suo tempo a compilare moduli burocratici e il 40% rimanente a contatto diretto del paziente o in aggiornamento professionale, c’è poco da stare allegri. La crescita dei costi amministrativi e burocratici è ormai superiore ai costi per medici e infermieri: e il paziente, che dovrebbe essere il centro, il cuore del lavoro ospedaliero attorno a cui dovrebbero ruotare sia la componente terapeutica, sia la componente organizzativa che amministrativa, sembra quasi diventato un asteroide in un sistema che ha al centro la quadratura dei conti, o altri interessi ancora meno nobili. La frustrazione nei medici e negli infermieri ha raggiunto, non solo in Italia, picchi mai raggiunti prima. L’orgoglio che una volta il medico aveva nel lavorare bene in una struttura qualificata si è a mano a mano logorato nella crescente sensazione di essere un numero dallo scarso valore aggiunto. E tutta la riforma nominalistica dei ruoli medici in “dirigenti” di vario livello ha solo sancito una progressiva perdita di identità e di ruolo professionale.

Cosa vorrebbe un paziente? Essere guardato in faccia. Essere visitato con attenzione, possibilmente con una visita completa. Essere ascoltato, e che gli venissero spiegate le cose senza usare il “medichese”, che può essere di difficile comprensione. Vorrebbe cogliere un sorriso di rassicurazione, uno sguardo di comprensione, ricevere una stretta di mano, una pacca sulla spalla, quei segni di contatto che stabiliscono un ponte emotivo indispensabile. Non si è mai parlato tanto di qualità della vita in ospedale e non si è mai avuta una sensazione di così disperante solitudine.

E’ giunto il momento di invertire la rotta. Anche perché questa mancanza di umanità non è solo dolorosa, ma può associarsi anche a un aumento di errori e

omissioni, medici o infermieristici, anche di attenzione, responsabili dei cosiddetti “eventi avversi”. Dal punto di vista medico-legale e scientifico, per configurare un evento avverso, il danno ricevuto durante il ricovero ospedaliero, e causato dal trattamento invece che dalla malattia, deve essere di gravità sufficiente a portare:

A un’invalidità al momento della dimissione, a una degenza prolungata o successiva, a entrambi. Si tratta quindi di una definizione che privilegia i danni gravi. Pur con una lettura così restrittiva, la percentuale di eventi avversi su pazienti ricoverati in ospedale è del 10,8% in uno studio condotto negli ospedali di Londra, e del 16,6% in uno studio australiano. La metà di questi danni sarebbe stata evitabile, se solo medici e infermieri avessero lavorato con maggiore attenzione e avessero ascoltato di più i pazienti. Non a caso, e ancora più inquietante, la massima percentuale (63%) di eventi avversi succede con i pazienti anziani, i meno ascoltati, i meno considerati, i più soli di tutti.

Tornare ad essere più umani in ospedale, questa sì che è un’emergenza sanitaria. Non si può curare bene senza un rapporto umano, vero, tra operatore sanitario e paziente. Questo richiede tempo, e cuore. E che il malato torni ad essere al centro delle cure, e non un numero in un sistema che ha perso di vista la ragione per cui è nato<sup>33</sup>.

Nonostante le migliori intenzioni degli interlocutori, non sempre la comunicazione in ambito assistenziale si instaura e sviluppa in maniera ottimale. Le cause sono di diversa natura e verranno in seguito enunciate. L’incomprensione comunicativa è un evento abbastanza frequente: ogni operatore può trovare nella propria storia professionale esempi significativi di “insuccesso relazionale”.

I disturbi comunicativi possono essere distinti in fattori relativi al malato: disturbi fisici (dolore, astenia); fattori emotivi (ansia) intellettivi (abilità espressiva, disturbi della memoria) socio-culturali (diversità di scolarizzazione, appartenenza etnica, status professionale...) personalità del malato e vissuto relazionale, che gli impediscono di rimettersi alla volontà e alla competenza degli operatori, o quantomeno di accettare di dover dipendere da altri per soddisfare bisogni fisici e psichici temporanei o permanenti. Fattori che riguardano l’operatore:

---

<sup>33</sup> GRAZIOTTIN A., *Ospedali: al servizio di chi?*

- Uso di codice linguistico inadeguato: chi parla a volte dà per scontato che le parole che utilizza vengano comprese, con la stessa connotazione semantica, da tutti. L'infermiere deve evitare di utilizzare quei vocaboli che possono essere interpretati erroneamente dagli interlocutori, valutando le diversità socio-culturali del singolo;
- Esposizioni confusa dei messaggi;
- Fastidio e disgusto indotte dalla visione e dalla manipolazione di parti corporee malate /mutilate. Ciò può generare nel malato senso di vergogna e di disagio nei confronti dell'operatore;
- Incompatibilità di opinioni tra infermiere ed assistito, che si viene a creare quando i modelli ed i valori di riferimento degli interlocutori sono diversi e conducono all'assunzione di atteggiamenti e decisioni inconciliabili. L'infermiere deve evitare di assumere atteggiamenti di giudizio o di disapprovazione, ma accettare incondizionatamente la persona, rispettandone le opinioni ed in valori, senza imporre i propri;
- Esprimere le proprie opinioni sullo stato d'animo del malato: può apparire come un tentativo di condizionamento delle sensazioni e degli atteggiamenti del malato, o peggio di un giudizio sulla persona.
- Frasi rassicuranti fuori luogo: possono illudere inutilmente il malato sull'evoluzione della malattia causandogli, una volta che diviene consapevole dell'inutilità delle proprie aspettative, una delusione ed una sofferenza maggiore.
- Interpretare affrettatamente e fornire consigli non richieste: questo modo di interagire toglie di fatto al malato la possibilità di esprimere compiutamente il pensiero e di trovare da solo soluzioni compatibili con la propria situazione e con il proprio livello di autonomia;
- Fornire notizie mediche a conoscere verità che non è in grado psicologicamente di sopportare.

Fattori di natura ambientale:

- fattori fisici (rumore ambiente inadeguato, illuminazione eccessive/inadeguata, temperatura inadatta);



- l'interazione nell'ambito di contesti inadeguati (notizie intime in presenza di estranei...)
- fattori sociali (presenza di estranei o persone indesiderati, mancanza di privacy)

Dato che gli elementi elencati possono distorcere i messaggi ed impedire una comunicazione efficiente, è bene che infermiere, nelle sue possibilità, identifichi e neutralizzi i fattori d'interferenza.

Affinché si instauri una relazione d'aiuto è necessario, oltre alle conoscenze teoriche sull'argomento, che infermiere accetti di essere coinvolto, e non travolto, nella realtà della persona che assiste. Infatti la relazione d'aiuto va oltre gli aspetti funzionali che caratterizzano il rapporto quotidiano con il malato perché si instaura in momenti assistenziali difficili (es. l'insorgenza o l'aggravamento di una malattia), e se ben sfruttati portano all'instaurazione di un legame empaticamente significativo tra gli interlocutori.

A volte però la comunicazione in ambito assistenziale sembra bloccata, come se prevalesse la difesa, la paura di un eccessivo coinvolgimento da parte degli operatori.

## CAPITOLO 4

### EMPATIA SECONDO EDITH STEIN NELL'AMBITO SANITARIO

---

#### 4.1 Empatia nel mondo della salute

Una sintetica definizione dell'empatia applicata al mondo sanitario può essere quella di ascolto "con il terzo orecchio" per poter intraprendere un corretto approccio al paziente, nella relazione d'aiuto e cura; cioè un ascolto che trascende presunzione o deduzione di conoscenza, senza intendere con questo che si debba perdere completamente di vista il paziente o il compito professionale ma, semplicemente, porsi accanto a lui.

Ciò che si deve acquistare è, per così dire, un nuovo senso o meglio una nuova vigilanza di tutti i sensi, si deve imparare a fare astrazione da sé altrettanto decisamente che dall'altro e così spogliarsi radicalmente dei propri pregiudizi, ideologie, travagli personali.

Definire in termini descrittivi, senza essere fuorvianti, l'atteggiamento empatico dell'operatore sanitario è assai arduo.

L'empatia in termini dinamici, è appunto un saper essere distaccati dall'altro e da sé al tempo stesso, vale dire entrare in una relazione che non sia un andare verso (simpatia) o una fuga da (antipatia), ma uno stare con e per, viverci e opporsi come una sorta di molo: che non va in nessuna direzione ma permette di partire verso tutte.

Tuttavia l'atteggiamento empatico non è cadere in un comportamento meccanico e attuare il distacco emotivo, non è passaggio all'indifferenza, agire in una necessaria direzione, non è adesione all'autoritarismo, ma porsi al servizio del paziente. Soltanto con la comprensione delle reazioni emotive di ogni paziente nei confronti della sua malattia è possibile trasmettergli una sensazione reale di aiuto.

Empatia è accettazione incondizionata, essere presenti nei processi terapeutici. Ciò trova il suo fondamento nell'atteggiamento del Dio di tenerezza biblico, archetipo della relazione interpersonale; infatti, l'operatore sanitario si sente libero di coinvolgersi nel mondo soggettivo di un altro solo se il suo atteggiamento è inserito in un processo vasto di comprensione e di accettazione che permette di rendersi cosciente della mia e altrui comprensibilità e accettazione.

Ciò che distingue un professionista, è proprio la capacità di giocare il proprio ruolo in termini relazionali, di uscire da schemi prefissati per adattare il proprio intervento alla persona che ha di fronte, di lasciarsi coinvolgere nella giusta misura in questa relazione con l'assistito, in modo che questi possa sentirsi veramente al centro della sua attenzione e del suo impegno professionale. Solo in questo modo è possibile prestare un'assistenza infermieristica effettivamente ispirata ai principi della globalità, della continuità, della qualità e dell'efficienza<sup>34</sup>.

Quando si parla dell'empatia, si intende qualche cosa in cui al centro c'è la relazione e in cui l'altro è un soggetto, non è un oggetto o un organo; è inoltre una pratica in cui l'operatore stesso per primo deve essere consapevole di sé, deve fare un lavoro su se stesso, deve mettersi in gioco. Cos'è a questo punto veramente l'aiuto? È qualcosa in cui la relazione è al centro, o in cui c'è un atto terapeutico?

Parlare dell'empatia nel mondo sanitario ci dà la possibilità di scorgere con una visione più distaccata una sorta di polarità: probabilmente l'aiuto è un qualche cosa di molto complesso, molto ampio, che sta comunque all'interno di due estremi.

Da un lato c'è l'aiuto empatico attraverso la relazione. Dall'altro c'è l'aiuto attraverso un atto, attraverso un'azione. La vera empatia è qualche cosa posto tra questi due estremi in cui da un lato c'è un approccio principalmente umanistico; dall'altro lato c'è un approccio piuttosto di tipo biologico, estendendo queste due dimensioni alla psiche e alla mente. Insomma collocare l'empatia nel mondo sanitario ci porta di fronte a questa opportunità, cioè a chiederci veramente che cosa

---

<sup>34</sup> DE BENI M., *Prosocialità e altruismo, guida all'educazione socioaffettiva*, Ed Erickon, Trento 1999, p. 96.

sia l'aiuto empatico e a scorgere una prospettiva più ampia di quello che è l'aiuto in senso generico.

L'aiuto empatico attraverso la relazione, questo è un punto problematico perché nel mondo sanitario l'aiuto non è attraverso la relazione ma attraverso un'azione, un atto. L'operatore non cura parlando, non cura stando in relazione, ma lo fa tramite un'azione. Questo crea una logica, una forma mentis completamente diversa da quella che è centrata sulla relazione, sull'aiuto attraverso la relazione. È un grande problema perché è un problema di impostazione. Un altro problema consiste nel fatto che per tutta una serie di motivi, per come si è sviluppata la medicina lo studio e la ricerca ha ruotato intorno alla patologia e alla patologia d'organo, mancando nella sfondo la visione d'insieme e soprattutto l'individuo in quanto tale. Attualmente si parla spesso di visione olistica, ma, di fatto, siamo figli di una cultura sanitaria centrata sull'organo, chiusi in un paradigma riduzionistico a livello biochimico-strutturale.

Infine si può sottolineare che l'empatia è veramente qualcosa di eccezionale, che dà la possibilità di passare qualcosa di molto sostanzioso con questo termine, cioè di passare una dignità, una competenza e una professionalità in merito a tutto quello che è l'aspetto relazionale delle forme di aiuto. In questo senso, chi opera nella formazione dell'empatia nel mondo sanitario dovrebbe, in qualche modo, accettare che c'è questa polarità e dovrebbe accettare che questa dimensione relazionale dell'empatia vada a completamento di una logica e di una prospettiva più scientifica, senza cadere nella trappola della contrapposizione.

## 4.2 Cenni biografici su vita e opere di Edith Stein

Edith Stein nacque a Breslau il 12 ottobre 1891 da genitori ebrei tedeschi. Dopo il ginnasio-liceo s'iscrisse alla facoltà di filosofia della sua città. Nel 1913 si trasferì all'Università di Gottinga sotto Edmund Husserl. Fino all'età di tredici anni era praticamente atea. Ebbe le prime conoscenze solide del cristianesimo ascoltando Max Scheler. Nel 1916 continuò e terminò gli studi a Freiburg, laureandosi con Husserl. Rimase in quell'università fino al 1921. In quello stesso anno, leggendo per caso l'autobiografia di S. Teresa d'Avila, avvertì la chiamata di Dio alla fede cattolica, che ella abbracciò facendosi battezzare il 1 gennaio 1922. Quello stesso giorno ricevette la Comunione e il 2 febbraio successivo la Confermazione. La sua radicale conversione suscitò in lei anche il desiderio della vita claustrale; ma dovette rinunciare a rispondere a questa vocazione fino al 1933. Quando nel 1933 le fu tolto l'insegnamento per via delle leggi antisemite, entrò il 14 ottobre 1933 nel Carmelo di Colonia, assumendo il nome di Teresa Benedetta della Croce. Il 31 dicembre 1938 fu trasferita al Carmelo di Echt, a causa delle violenze naziste contro gli ebrei. Nel 1940 la situazione divenne critica anche nei Paesi Bassi. Quando le prescrizioni si fecero più dure, si cercò di trasferire Suor Teresa in Svizzera. Mentre era in corso la trattativa per l'espatrio, nel campo di concentramento furono deportati anche gli ebrei cattolici dei Paesi Bassi. Anche Suor Teresa, assieme alla sorella Rosa, pure convertita al cattolicesimo, il 2 agosto 1942 fu trasferita ad Amersfoort. Il 3 agosto fu trasferita a Westerbork. Il 7 agosto, insieme alla sorella Rosa e ad altri deportati, rinchiusa in un vagone ferroviario, fu avviata al campo di sterminio di Auschwitz, con un viaggio di due giorni. Suor Teresa Benedetta della Croce fu uccisa in una camera a gas lo stesso giorno dell'arrivo al campo di Auschwitz, ossia domenica 9 agosto 1942, e poi bruciata in uno dei forni crematori. E' stata beatificata il 1 maggio 1987 e canonizzata l'11 ottobre 1998 da Giovanni Paolo II. Il 2 ottobre 1999 lo stesso Papa l'ha proclamata compatrona di Europa<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Edith Stein Santa Teresa Benedetta della Croce

### 4.3 Risvolti del concetto di empatia nella pratica clinica

Abitualmente si è soliti fornire al termine “empatia” il significato di “sentire dentro di noi ciò che sente un’altra persona”, una sorta di “calarsi nei panni di un altro”. Da questo punto di vista il tutto appare di una estrema semplicità, ma quando si introduce il termine nella pratica clinica ci si accorge che tale costrutto va più in profondità e apre numerose domande sul suo ruolo nella pratica assistenziale. E’ esperienza quotidiana quanto una adeguata capacità empatica possa fornire il professionista di un’immagine di buon clinico e questa constatazione ci deve portare alla riflessione che l’empatia va oltre quel “sentire dentro” e apre nuove prospettive relativamente al ruolo terapeutico dell’empatia.

Il concetto di empatia, dal greco *empathia* (passione) fu sviluppato dapprima in ambito estetico (riferendosi all’emozione provata davanti ad un’opera d’arte) e successivamente venne mutuato nella sfera filosofica. La filosofia in un certo senso ha fatto da ponte tra estetica e psicologia. Edith Stein, della scuola fenomenologica di Husserl, si laureò in filosofia a Friburgo discutendo una tesi sull’empatia. La Stein pose rilievo alla connotazione dell’empatia quale momento di ricerca della verità, non limitandosi a definirla una sola esperienza di condivisione con l’altro, una immedesimazione nell’altro. Immedesimazione da non confondersi con identificazione perché non vi sarebbe empatia nella fusione di due io. Empatia quindi come esperienza dell’altro, ponte verso l’altro e anche verso il mondo e dunque genesi di un “noi” sociale base della cooperazione e comprensione tra diverse culture. E’ evidente che l’empatia apre il capitolo dello spirito, vale a dire la domanda di senso che ogni persona si pone. In questo intrecciarsi tra empatia e spirito si colloca la ricerca della verità. Per Victor Frankl dare un senso è di per sé un’operazione terapeutica. Giunse a tale conclusione attraverso l’esperienza vissuta da internato in un lager nazista. Osservò infatti che coloro che più facilmente sopravvivevano erano le persone che davano un senso alla loro sofferenza e alla loro vita.

Per Sigmund Freud l'empatia non aveva un ruolo terapeutico, ma era solo uno strumento ai fini interpretativi. Fu Heinz Kohut, teorico della psicologia del sé a ritenere l'empatia (immersione empatica) un fattore terapeutico. La definì "introspezione vicariante", una sorta di prestito ad un'altra persona della propria capacità introspettiva. Ciò ci consentirebbe di osservare la nostra realtà psichica e quella delle altre persone. Il bisogno di empatia secondo Kohut è un bisogno fondamentale, essenziale per mantenere la salute mentale.

Effettivamente è risaputo quanto la presenza di una relazione empatica tra madre e figlio sia fondamentale per lo sviluppo di un attaccamento sicuro nella prima infanzia. L'ambiente empatico è quindi, secondo Kohut, condizione necessaria per conservare la coesione del sé e in ambito clinico è già di per sé atto terapeutico in quanto rafforzante la coesione del sé e l'autostima.

Carl Rogers diede all'empatia un ruolo centrale nel suo impianto teorico. Anche Rogers, al pari della Stein, sottolineò il concetto di immedesimazione non fusionale, ritenendo l'empatia il fattore più importante nell'ingenerare un cambiamento nel paziente.

Negli ultimi anni si sono aperte prospettive negli studi di neurobiologia: l'esperienza empatica attiverebbe determinati circuiti neuronali con variazioni a livello dei peptidi oppioidi, del sistema monoaminergico e gabaergico. Il processo empatico attiverebbe dunque risorse neuroendocrine ed immunitarie agendo sull'espressione genica tramite processi di sintesi proteica.

Le persone possono essere empatiche indipendentemente dal proprio curriculum di studi. Essere empatici ha a che fare con la propria storia ed evoluzione. Esistono persone empatiche e altre che lo sono meno.

La domanda da porsi è se sia possibile o meno insegnare l'empatia. Forse è più corretto far riferimento ad una educazione all'empatia. Lo stesso Rogers ha sostenuto che l'empatia è di per sé un agente educativo. E' possibile realizzare un'educazione all'empatia partendo dalla propria domanda di significato e in seguito, acquisita una certa capacità di *insight*, l'esercizio ripetuto diventa una palestra esperienziale. Gli strumenti di tale esperienza sono quelli della

supervisione, dei gruppi di discussione e del *role playing*. Il *role playing* o simulazione è uno strumento efficace perché favorisce l'insight personale e di gruppo e, pur essendo una simulazione, determina gli stessi fenomeni che si verificano nella realtà professionale. La capacità empatica si affina con il tempo e con l'esperienza.

La medicina attuale purtroppo ha assunto una forma tecnologica e manageriale, il cui scopo è diagnosticare ed eliminare la malattia impiegando le minori risorse possibili. E' una medicina centrata sul sintomo e la stessa attività del medico è spesso regolata da esigenze di tipo manageriale. Spuntano linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, regole prescrittive e così via. Di per sé questi aspetti non vanno considerati negativi in termini assoluti, ma diventano tali quando la soggettività del malato viene sistematicamente offuscata.

L'oggettivare il malato è quindi per la medicina un'operazione per certi versi masochistica. E' emblematico che esistano categorie di pazienti che una volta guariti vengono definiti *ex-di qualcosa* (ex-tossicodipendenti, ex-trapiantati ecc. ecc.). Significa ancorare le persone ad una diagnosi, fornirle di un'identità patologica ed espropriarle della loro soggettività. La professione sanitaria vive un momento conflittuale, pressata da un lato da spinte politico-economiche e dall'altro dalla consapevolezza che l'atto medico si sta depauperando del significato originario di missione, emblematicamente riassunto nei giuramenti degli operatori sanitari. Se la medicina vive questo momento critico la causa è da ricercare nell'opera di scissione mente/corpo che il paradigma biologico-molecolare ha introdotto nella pratica clinica. La mente diviene terreno della psicologia e il corpo della medicina. Tale scissione ha ingenerato una specie di rincorsa alle specializzazioni, alle microspecializzazioni (oggi nell'ambito di una specialità medica c'è chi si occupa solo di un organo) che hanno portato alla "frammentazione" dei pazienti. L'empatia viene ad assumere un ruolo centrale nella pratica clinica nel rapporto operatore-paziente: diviene veicolo di ciò che definiamo alleanza terapeutica e base della fiducia reciproca. I nostri pazienti non chiedono



solo professionalità, ma quella dose di umanità che fa sì che si sentano considerati, non oggetti di studio e ricettori di farmaci, ma Persone con la propria dignità<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Luciano B (a cura di)., *l'empatia nella pratica clinica*  
<http://www.sanita.>

## 4.4 Il counselling

Il counseling è una relazione di aiuto versatile e si presenta come strumento utilizzabile non solo da psicologi e psicoterapeuti, ma anche da chi è chiamato ad aiutare persone, gruppi, comunità, ad affrontare e risolvere problemi. Quindi possono diventare counselor gli stessi medici, insegnanti, pedagogisti, infermieri, assistenti sociali ed anche coloro che operano nei settori pastorali e religiosi. La prevenzione, l'aiuto psicologico e la promozione al benessere personale, che il counseling favorisce, permette di creare luoghi di riflessione per individui che vogliono sviluppare le proprie personali propensioni e la propria identità. Danno la possibilità di superare difficoltà e trovare modalità di relazione soddisfacenti a gruppi sportivi, politici e sociali.

Il counseling è la grande novità di inizio millennio nel campo delle scienze sociali. E' il modo in cui, ad esempio, l'insegnante può aiutare lo scolaro ad integrarsi nel gruppo classe, l'insieme di tecniche con le quali il tutor riesce a dare all'individuo le capacità di decidere priorità nella sua vita, di fare scelte e pensare al futuro in maniera serena. *E' l'opportunità di entrare realmente in relazione con chi soffre ed accompagnarlo nel suo percorso, è un'occasione per conoscere se stessi più in profondità e sviluppare al meglio il proprio potenziale.* Il counseling non è psicoterapia, non è intervento sulla patologia, ma è trasmissione di abilità e competenze atte a facilitare lo sviluppo delle potenzialità e il miglioramento delle risorse dell'individuo, del gruppo, delle organizzazioni e della comunità. Tale processo favorisce il soddisfacimento dei bisogni e facilita il cambiamento. La differenza è essenzialmente negli obiettivi da raggiungere. Il counselor non cura il malato; piuttosto mette a disposizione degli strumenti che altri possono usare<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> GASPARETTI DAL TOSO P., *Counseling e nursing, Un accoppiata vincente in un mondo sanitario in evoluzione.*

## CONCLUSIONI

“Non si può non comunicare”: tutto è comunicazione, il modo di vestirsi, il modo in cui ci si avvicina o ci si allontana dal proprio interlocutore, il tono della voce o la lunghezza dei silenzi, la delicatezza o l’impeto dei movimenti... tutto questo comunica qualcosa di sé, delle proprie intenzioni, dei propri sentimenti, ma comunica anche la stima e l’interesse che nutriamo nei confronti della persona con la quale in questo momento ci troviamo in relazione. Entrare in una stanza parlando a voce alta con un collega, sbattendo rumorosamente i flaconcini dei farmaci è già un modo di comunicare e di negare attenzioni ai pazienti che si hanno di fronte, bisognosi di tranquillità e di rispetto per il loro spazio di vita attuale. Nel somministrare la terapia, nel medicare una lesione, nell’occuparci delle cure igieniche possiamo inviare messaggi di vicinanza o di distanza, di disponibilità o di chiusura. È la consapevolezza di noi e delle modalità di gestione della relazione e del contatto che può trasformare un semplice gesto di ascolto in un momento di consolazione e rassicurazione nel quale può essere restituita dignità ed identità alla persona<sup>38</sup>.

L’instaurare la relazione tra infermiere e paziente è uno degli aspetti più importanti nell’assistenza infermieristica. In questo elaborato ho cercato di mettere in evidenza che ogni persona davanti a noi è importante sia un neonato o sia un anziano, nulla va dato per scontato; ho potuto mettere in risalto l’importanza della comunicazione con l’anziano per migliorarne le condizioni. Quando l’infermiere riesce a porre la sua umanità al servizio di questo meraviglioso progetto d’aiuto, non solo la condizione della persona assistita migliora, fosse anche in fase terminale, ma la sua stessa qualità di lavoro e di vita si eleva: dove c’è responsabilità e umanità nell’agire professionale, il burn-out non attecchisce facilmente! E potremmo evitare i danni che possono insorgere dal non ascolto.

Esaminando il contenuto dell’elaborato ho compreso di più che saper comunicare in sanità significa riuscire ad analizzare un processo dinamico con delle caratteristiche

---

<sup>38</sup>Cfr. BERTINI B., *Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente*, INFERMIERE OGGI Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma, Anno XVIII –N.4-ottobre/dicembre 2008, pp. 22-23.

ben definite. E' sicuramente una "relazione di aiuto" quando si comunica col paziente in quanto si realizza in un contatto tra due persone di cui "l'infermiere", ha una funzione di sostegno e facilitazione rispetto all'altra. Il paziente è in una particolare condizione esistenziale nel senso che il suo equilibrio psicofisico, per svariate cause, si è momentaneamente alterato al punto che non riesce, autonomamente, a trovare soluzioni efficaci per ripristinarlo. Una relazione adeguata col malato può talvolta da sola far diminuire tutta una serie di sintomi come ansia, paura, angoscia ecc. e creare nel paziente un sollievo importante senza l'ausilio di farmaci. Questo fa parte del nostro essere professionisti e deve essere lo stimolo migliore per maturare una coscienza etico-deontologica che ci può permettere di gestire, con l'esperienza, un buon l'approccio relazionale anche nei momenti in cui è più difficile farlo.

Credo che si possa imparare a farlo e "coprire" quei vuoti che magari adesso ci sono nel processo di crescita professionale, accettando il nostro limite umano che emerge in certi momenti quando inseriti come siamo talvolta nella "macchina vorticoso e seriale delle prestazioni", siamo inconsapevolmente costretti a trattare i malati solo come contenitori di malattie. Tutto ciò secondo me, non può essere interiorizzato con la sola formazione di base, questo può essere il frutto di una scelta professionale di chi crede nell'uomo e nella vita e cerca di raggiungere una maturità morale attraverso la propria professione. È necessaria una formazione permanente per l'acquisizione delle competenze relazionali e le relative tecniche, così l'infermiere riconoscerà anche se stesso e cercherà di impadronirsi del proprio "essere professionista nella relazione d'aiuto". Inoltre saprà evitare d'improvvisare tecniche relazionali che se improprie potrebbe arrecare danno alla persona piuttosto che darle aiuto e beneficio. Occorre quindi attribuire la giusta importanza all'aspetto etico-deontologico, valorizzando cioè quegli aspetti che tendono ad essere nascosti (empatia) o che rischiano di essere non considerati perché, pur essendo determinanti e fondamentali sfumano tacitamente in sorta di oblio.

*E credo che dare un po' del tuo tempo in ascolto agli altri è dare se stesso...*

## **CANTICO DI UN ANZIANO**

*Benedetti quelli che mi guardano con simpatia.*

*Benedetti quelli che comprendono il mio cammino stanco.*

*Benedetti quelli che parlano a voce alta per minimizzare la mia sordità.*

*Benedetti quelli che stringono con calore le mie mani tremanti.*

*Benedetti quelli che si interessano della mia lontana giovinezza.*

*Benedetti quelli che non si stancano di ascoltare i miei discorsi già tante volte ripetuti.*

*Benedetti quelli che comprendono il mio bisogno di affetto.*

*Benedetti quelli che mio regalano frammenti del loro tempo.*

*Benedetti quelli che si ricordano della mia solitudine.*

*Benedetti quelli che mi sono vicini nella sofferenza.*

*Benedetti quelli che rallegrano gli ultimi giorni della mia vita.*

*Benedetti quelli che mi sono vicino nel momento del passaggio.*

***Quando entrerò nella mia vita senza fine mi ricorderò di loro presso il Signore Gesù.***

## BIBLIOGRAFIA

### LIBRI

AA.VV., (a cura di BINETTI P)., *Persona, Paziente, Cliente*, il mondo del malato in un mondo che cambia, Società Editrice Universo, Roma 2000

AUGUSTO P A, MEZZOMO ET ALII (traduzione BAZANELLI M) *Fondamenti dell'umanizzazione ospedaliera*

A CAVALERI P., *Vivere con l'altro*, per una cultura delle relazione, Città nuova, Roma 2007 pp. 21-23.

A DE CARLO N, FAE G, RUTELLI P., *Umanizzazione e Professione Sanitaria*, Collana i Scienze e tecniche Psicosociali per il lavoro, l'impresa, e le organizzazioni, Ed Franco Angeli, Milano 2008

BRUSCO A., *La relazione pastorale d'aiuto, camminare insieme*, Camilliane, Torino 1993

COTINAUD O., *Psicologie et soins infirmiers*, Le Centurion, Paris 1983

CANELLA B, CAVAGLIÀ P, TARTAGLIA F., *L'infermiere e il suo paziente*, il contributo del modello psicanalitica alla comprensione delle relazione d'aiuto, Casa Ambrosiana, Milano 2005

CARETTA F, PETRINI M., *Accanto al malato*, lineamenti di assistenza sanitaria e pastorale Città Nuova Editrice, Roma 1995

CARPINETA S., *La comunicazione Infermiere paziente*, La nuova Italia Scientifica, Roma 1992 pp. 99-129.

DI DIONISI G., *Educazione comunicazione pedagogia*, Romagrafik, Roma 1992

DE BENI M., *Prosocialità e altruismo, guida all'educazione socioaffettiva*, Ed Erickon, Trento 1999

DELFINO V., *La comunicazione paziente infermiere.*, Centro Scientifico Editore, Torino 2001

DI SAURO R, ALVARO R., *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*, Aracne editrice, Roma 2008

- FEDERICI A, LUSSU A, TORTORELLI M., *La relazione e l'operatore socio sanitario*, Lavorare su stessi, lavorare con gli altri, Carocci Editore Roma 2006
- GIUSTI C., *Aiutare ad invecchiare*, l'esperienza innovativa di un reparto geriatrico ospedaliero, Belforte e casa Editori, Citta di Castello (PG) 2000, pp. 72-77.
- GIANETTI E, RAFFABNINO R, TADDEI S., *Strumenti psicologici per gli operatori della salute*, Casa Editrice Le Lettere, Firenze 2008 pp.135-153.
- GORDON T., *Relazioni efficaci, come costruirle, come non pregiudicarle*, Edizioni Meridiana, Firenze 2005 pp. 41- 43.
- GINESTRA A, VENERE A, VIGNOR R., *Elementi di comunicazione per le professione sanitarie*, strategie operative per le aree infermieristica, preventiva, riabilitativa e tecnica. Ed Franco Angeli, Milano 2008
- HOLLOWAY. M.N.,(a cura di) BRUGNOLLI A, SAIANI L., *Piani di assistenza in medicina e chirurgia*, Casa Editrice Sorbona - Gnocchi, Napoli 2008
- KANISZA S., *l'ascolto del malato*, problemi di pedagogia relazionale in ospedale, Edizioni Angelo Guerini e Associati, Milano 1988
- LUGLI L, MIZZAU M., (a cura di), *L'ascolto*, Il Mulino Bologna 2010
- MASERA G., *Prendersi cura dell'altro*, dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e le cure, Il pensiero Scientifico Editore, Roma 2006, pp. 39-65.
- MARCHI R., *La comunicazione terapeutica*, Interazione Infermiere-Paziente Edizioni Sorbona, Milano 1993 pp. 77-97, 108.
- MANDRIANI S., *La comunicazione nella relazione di aiuto*, Cittadella, Assisi 1994, p. 179.
- MORGARDI M., *L'assistenza all'anziano*, Ospedale territorio, domicilio, Edizione McGraw Hill, Milano 2011 pp. 232-250.
- NICOLINI C, AMBROSIANO I, MINERVINI P , PICHLER A., *Il colloquio con l'anziano*, tra psicoterapia e supervisione nelle istituzioni, Edizioni Borla, Roma, 2008 pp. 22, 118.
- RAFFAGNINO R, OCCHINI L., *Il corpo e l'altro*, "sapere, sapere fare, saper essere" Imparare la comunicazione non-verbale, Edizioni Angelo Guerini e Associati, Milano 2000<sup>5</sup>

SCHIEN H. E., *Le forme dell'aiuto*, come costruire e sostenere relazioni efficaci, Raffaello Cordine Editore, Milano 2010 pp 9-17

SANDRIN L- *Aver cura di sé: per aiutare senza bruciarsi* – Master “Bioetica e diritti umani” Camillianum 2010

SGRECCIA E., *Manuale di bioetica* (Vol 2) Aspetti medico sociali, Vita e Pensiero Università, Milano 2002, pp 497-529

SANDRIN N, CARETTA F, PETRINI M., *Anziani oggi*, Una sfida per la medicina la società e la chiesa, Edizioni Camilliane, Torino 1995

PANGRAZZI A., *Creatività pastorale a servizio del malato*, Edizioni Camilliane, Torino 1986

PEPLAU E H., *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica*, una struttura concettuale di riferimento per un'infermieristica psicodinamica, Edizioni Summa, Padova 1994

TETTAMANZI D., *Dizionario bioetica* (a cura di) DOLDI M., Edizioni Piemme, Casale Monferrato, 2002

WHITE L., *Fondamenti di infermieristica* Principi generali dell'assistenza infermieristica, (vol 1) EdiSES, Napoli 2008, pp. 66-119.

### **RIVISTE**

MAZZA E., *Può una immagine sostituire mille parole?*, INFERMIERE OGGI Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma, Anno XXI –N.2- aprile/giugno 2011

LATTARULO P, TRAMONTANO A., *La relazione infermiere-persona assistita: terapia ed auto terapia* INFERMIERE OGGI Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma, Anno XV –N.3-luglio/settembre 2005

### **SITOGRAFIA**

<http://www.generazionepiu.ch>  
Accesso 01/05/2012



<http://www.maurizioangelucci.com>

Accesso 22/05/2012

<http://www.geragogia.net>

Accesso 13/06/2012

<http://www.paoline.it>

Accesso 20/06/2012

<http://www.infermieri.comarchiviozoiazioia.pdf>

Accesso 26/06/2012

<http://www.nursindmonza.it>

Accesso 26/06/2012

<http://ops.provincia.lecco.it/doc OPS/Bodini.pdf>

Accesso 02/07/2012

<http://www.sigg.it>

Accesso 05/08/2012

<http://www.medicina.unifg.it>

Accesso 10/08/2012

<http://www.cadiai.it>

Accesso 13/08/2012

<http://ops.provincia.lecco.it>

Accesso 13/08/2012