

Umanizzazione e cure: le barriere della comunicazione nella sanità

di Francesca Avolio

Quando si parla di comunicazione spesso si tende a correlare il termine ad un processo riconducibile a concetti astratti. Se consideriamo che “comunicare” nel suo originale significato conferisce all’azione dell’entrare in contatto, sintonia con gli altri, il senso di rendere partecipi tutti i soggetti di ciò che è una proprietà “comune”, implica stabilire un processo relazionale interattivo tra diversi soggetti finalizzato a mettere in “comune” esperienze, se ne deduce che la comunicazione per essere “efficace” richiede una forte propensione all’ascolto. Se ciò è vero, si comprende come l’uso inappropriato o l’assenza totale di “comunicazione” possa divenire la principale causa dello scatenarsi dei conflitti, di incomprensioni innalzando barriere insormontabili che spesso favoriscono l’insorgere di dinamiche distruttive tra gli individui. Si può, dunque, facilmente dedurre che tanto più complesso ed articolato è il contesto, tanto maggiore è il rilievo che assume l’utilizzo di una corretta tecnica relazionale.

In un contesto particolare come il settore sanitario ove tecnicismo e umanizzazione, problemi di etica e bioetica filtrano i canali di comunicazione, appare evidente che le difficoltà implicate nei processi relazionali, conducono a ritenere che sia importante soffermarsi su alcune considerazioni preliminari sugli attori di queste dinamiche (medici, infermieri e pazienti) e sulla evoluzione del pensiero sui temi correlati all’uomo nel suo rapporto con la condizione di salute e di malattia.

Nel dare una definizione dello stato di salute dell’individuo o dello stato di malattia, troviamo il giusto punto di partenza per condurre un ragionamento logico deduttivo sui processi di comunicazione sanitari. Se consideriamo un modello in cui la malattia è intesa come mal funzionamento degli organi e la salute assenza di malattia, la salute viene considerata un fatto tecnico ove la “restitutio ad integrum” alla situazione che precede la comparsa dell’elemento estraneo, che è la malattia, vede come protagonista unico il medico che è il solo depositario della tecnica capace di ripristinare la condizione di salute. Il soggetto malato ha delegato la sua salute al medico negandosi ogni ruolo di responsabilità.

Se diversamente è riconosciuta autonomia al paziente, la salute e la malattia non sono un fatto tecnico, ma una condizione personale. Il soggetto è responsabile della sua storia di malattia e quindi della sua guarigione. La malattia viene avvertita come “discontinuità biografica” che comporta una variazione forzata della qualità di vita della persona (permanente o non), quindi diviene parte della esperienza della persona. Se dunque la malattia corrisponde ad una affezione patologica ad un guasto dell’organismo essa è anche malattia del soggetto, esperienza, stato di sofferenza e dunque gli appartiene, non è un evento in cui si sente estraneo e che vive come spettatore delegante.

Da queste due diverse modalità di concepire lo stato di malattia della persona nasce la fondamentale dicotomia interpretativa del “comunicare” in sanità. Da qui il capovolgimento della concezione della professione infermieristica, la ridefinizione della responsabilità del medico e il conseguente crollo della linea di netta demarcazione tra le due figure (medico ed infermiere) a vantaggio di una concezione dell’assistenza al paziente basata su principi di collaborazione e reciproca integrazione diretta alla cura della persona intesa nella sua totalità.

In questa ottica il depositario della “Verità” sulla condizione del paziente non è più solo il medico, in quanto non si parla più di conoscenza del dato tecnico razionalmente inteso in ottica “biologistica” ma di dato inteso in ottica “biografica”. Secondo tale ottica, infatti, per chi soffre, la malattia non è uno “status” ma è condizione della propria persona. Dire la verità al malato allora significherà aiutarlo a comprendere la sua verità, porgergli delle informazioni per riceverne una interpretazione in modo che insieme curante e malato possano scoprire il significato che tali informazioni acquisiscono per lui, nel suo contesto esistenziale ed esperienziale. La verità, dunque, non va “detta” ma “comunicata”. L’atto del “dire” infatti indica l’atto semplice del trasmettere del consegnare senza alcuna attenzione specifica per la persona che è destinataria dell’informazione. “Comunicare” al contrario mette in luce l’aspetto dialogico della relazione tra malato e medico, la dimensione narrativa necessaria a dare significato alla personale storia della malattia. In questa ottica la diagnosi serve ad evocare più che ad indicare la sorgente della sofferenza.

Comunicare diviene quindi un processo che deve rispettare le leggi della progressività, della continuità e dell’accompagnamento, che tradotto in tappe comporta: saper ASCOLTARE, saper VALUTARE il significato della richiesta di informazioni da parte dell’interlocutore, saper DARE tali informazioni in modo personalizzato, ma, soprattutto, essere capaci di DARE importanza alle implicazioni emotive e VERIFICARE quanto è stato compreso dedicando tempo a DISCUTERE le implicazioni personali.

In considerazione di ciò, appare evidente, che chi deve comunicare con il paziente è il soggetto che meglio degli altri è entrato in relazione con il malato, al quale il malato preferibilmente si rivolge per chiedere

delucidazioni ed essere rassicurato. Tale persona è evidentemente l'infermiere che ha coniugato in se la condizione tecnicamente patologica del soggetto con il vissuto del malato, nella sua quotidianità nella sua complessità emotiva. Ciò, alla fine, favorisce la partecipazione informata, consapevole e autonoma del soggetto nel processo delle cure.

L'assistenza, per essere efficace, richiede la conoscenza dell'assistito, al fine di adottare una risposta adeguata al bisogno particolare. Per questo, per l'esigenza di conoscere il destinatario delle cure, è stato necessario concepire l'infermieristica come una prassi relazionale oltre che come un insieme di conoscenze tecniche. Ne consegue che diventa imprescindibile la propensione personale all'ascolto: non basta sapere che cosa si deve fare in una ipotetica situazione critica, ma bisogna comprendere che cosa quella particolare situazione, per quella specifica persona, richiede: significa, in altri termini, riconoscere un ruolo alle virtù della cura, rispondere ad un preciso bisogno dell'altro, nella sua concretezza e nella sua differenza rispetto a qualsiasi altro astrattamente inteso: ciò è fare molto più del proprio semplice "dovere".

La contestualizzazione della cura diviene elemento cruciale dell'assistenza al malato: dire che il personale sanitario svolge "più del proprio dovere" è una affermazione impegnativa, in quanto non si vuol con ciò fare una considerazione sulla "quantità" dell'attività svolta, quanto piuttosto sulla "qualità" della stessa in quanto va ritenuto che l'assunzione della cura è, in se, più dell'obbedienza a doveri aprioristicamente definiti come regole o norme indiscusse.

Significa che, delimitare l'attività del medico e dell'infermiere ai principi morali o alla cura della persona, non sono sufficienti a dare indicazioni su come agire nelle singole situazioni. Un agire moralmente giusto non consiste nell'adesione formale a principi astratti né nella mera attitudine alla cura; la giustezza dell'agire morale consiste piuttosto nella giustizia di ogni decisione concreta, giusta in quanto rispettosa delle caratteristiche peculiari di ogni persona coinvolta. L'etica della "giustizia" e l'etica della cura devono essere integrate. Possiamo dire, quindi, che non ci sono indicazioni univoche e precise direttive su come il medico e l'infermiere devono agire nei vari contesti; circostanze diverse possono richiedere risposte differenziate e tale differenziazione risponde a una più radicale istanza di giustizia.

Ecco dunque come l'umanizzazione dei processi assistenziali e di cura passa attraverso l'abbattimento delle barriere della comunicazione. Oggi si è perso il senso di tutto ciò: il medico, travolto dalla evoluzione della tecnica e dai progressi della scienza, ha perso di vista l'obiettivo primario della sua missione: curare l'uomo con approccio olistico.

L'infermiere, dal suo punto di vista ha vissuto la trasformazione del proprio ruolo professionale che con l'abolizione del mansionario si è ritrovato, in assenza di definizione di adeguati percorsi formativi, a reinventarsi una professione in cui non sono più chiari i confini tra compiti e responsabilità. Siamo allora costretti a sostenere il disagio dilagante nei luoghi di sofferenza con l'aiuto dei volontari disposti a donare spontaneamente la propria opera senza problemi di scienza e coscienza. Eppure, per recuperare la dimensione umana dell'assistenza basterebbe che il medico si riappropriasse della missione deontologica per cui ha scelto di servire e l'infermiere si assumesse le responsabilità per le quali ha portato avanti una battaglia per la riqualificazione della propria professione.

Pertanto responsabilizzare i professionisti dissolvere la standardizzazione dei sistemi relazionali, aggiungere valore alla "persona", aprire nuovi orizzonti alla comunicazione che potremmo definire "integrata" no significa altro che riportare alla mente i più cosmici dibattiti sui temi dell'essere e dell'apparire, che ritornano sempre più attuali in quei contesti, come quello sanitario, dove razionalismo e tecnicismo necessitano fortemente di integrarsi con umanizzazione e rispetto della persona dei suoi diritti e della sua dignità.

[dirigente dell'Agenzia Reg. Sanità, Puglia]