

MEDIC

Metodologia Didattica e Innovazione Clinica – *Nuova Serie*
Methodology & Education for Clinical Innovation – New Series

Pubblicazione Quadrimestrale Internazionale
An International Four-monthly Publication

ISSN 1824-3991

Volume 14, No 3 • Novembre 2006 • November 2006

13. Invito alla Lettura
An Invitation to Read

EDITORIALE
EDITORIAL

15. La Rivoluzione Endoscopica e l'Interfaccia tra il Gastroenterologo e il Chirurgo
The Endoscopic Revolution and the Interface between Gastroenterologist and Surgeon

QUADERNO

LA RICERCA CLINICA E LA SUA APPLICABILITÀ AL "LETTO DEL PAZIENTE": LE DUE FACCE DI GIANO
CLINICAL RESEARCH AND ITS APPLICABILITY AT THE BED-SIDE: JANUS' TWO FACES.

18. Introduzione
Introduction

19. La Stesura delle Linee Guida: dai Trial Clinici Controllati alle Metanalisi, i Livelli di Evidenza
The Development of Guidelines: from Controlled Clinical Trials to Meta-analyses, the Levels of Evidence
M DI MAIO, ERMELINDA DE MAIO, F PERRONE, A MORABITO

24. Applicabilità nella Pratica Clinica delle Linee Guida: Maggiore Validità Interna Minore Applicabilità
Guidelines in Clinical Practice: "Plus" for Internal Validation, "Minus" for Application
A PICARDI, U VESPASIANI GENTILUCCI, DELIA D'AVOLA, ENRICA FIORI, J RAKELA

30. Priorità e Criteri di Scelta degli Argomenti delle Linee-Guida
Setting Priorities and Selecting Topics in Guideline Development
F LAURIA

40. Il Valore Giuridico delle Linee Guida nell'Accertamento della Responsabilità Professionale
Practice Guidelines and Legal Implications in Malpractice Litigation
G LA MONACA

45. Screening Genetici in Sanità Pubblica: quali Applicazioni per la Medicina Preventiva
Genetic Screening in Public Health: Perspectives in Medical Prevention
STEFANIA BOCCIA, P VILLARI, G RICCIARDI

50. Il Ruolo delle Linee Guida nella Formazione Medica
Guidelines and Medical Education
L VETTORE

57. Costi del Trattamento del Carcinoma Coloretale in Stadio Avanzato o Metastatico
Economic Burden of Advanced or Metastatic Colorectal Cancer
SIMONA RAVERA

Segue in IV di copertina

Cont'd on the outside back cover



ECONOMIA SANITARIA
HEALTH ECONOMICS

- 62. Il Quasi-Mercato Sanitario Indotto dai Drg alla Luce delle Teorie dei Costi di Transizione**
Drg Charges and the Health Market in Italy: a Transaction Costs Theory Application
C CIAPPEI, N GORDINI, CRISTIANA LEPORATTI

EDUCAZIONE
EDUCATION

- 72. Il Laureato in Educazione Professionale e il suo Ruolo nella Gestione dei Pazienti con Malattie Croniche**
The University Graduate in Professional Education and his/her Role in the Management of Chronic Disease
A MARTIN, MARIA CHIARA CIANFRIGLIA
- 84. La Sincronizzazione in Ambito Sanitario**
Synchronization in Healthcare Systems
C PENSIERI
- 92. Formazione Specifica in Medicina Generale: Insegnamento e Ricerca**
Vocational Training in General Practice: Teaching and Research
S ALICE

CLINICA E RICERCA DI BASE
CLINICAL MEDICINE AND BASIC RESEARCH

- 95. Radioterapia Oncologica: Ieri, Oggi e Domani**
Oncology Radiotherapy: Yesterday, Today and Tomorrow
L TRODELLA, RM D'ANGELILLO, SARA RAMELLA, F CELLINI, MARZIA CIRESA, M FIORE

STORIA DELLA MEDICINA
MEDICAL HISTORY

- 103. Il Rapporto Medico-paziente Secondo Maria Teresa d'Austria**
The Doctor-patient Relation According to Maria Theresa of Austria
D LIPPI, M BALDINI

INFORMAZIONI
INFORMATION

- 107. Esperienza di un Dipartimento Integrato di Scienze Gastroenterologiche: Pratica Clinica e Didattica Integrata**
The Experience of an Integrated Department of Gastroenterology: Clinical Practice and Integrated Education
A ARULLANI, M CICALA, A GABBRIELLI

DOCUMENTAZIONE
DOCUMENTATION

- 112. Una Solidarietà che è Giustizia: Il Comitato Nazionale per la Bioetica sui Trattamenti Vitali a Favore dei Malati in Stato Vegetativo Persistente**
A Solidarity which is Justice: the National Committee for Bioethics on the Vital Treatment in Favour of Persistent Vegetative State Patients
C SARTEA

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

- 116. Le forme della vita. L'evoluzione e l'origine dell'uomo**
The Shapes of Life: Evolution and Man's Origin
E BONCINELLI
- 118. Curarsi e Farsi Curare: tra Abbandono del Paziente e Accanimento Terapeutico**
Heal Yourself and Allow to be Healed: Patient Abandonment and Aggressive Medical Treatment
M CALIPARI

La Sincronizzazione in Ambito Sanitario

Synchronization in Healthcare Systems

C PENSIERI

Dottore in Scienze della Comunicazione

Premessa Da anni si assiste nel sistema sanitario italiano ad una presa di coscienza di quanto sia importante aver cura della relazione medico paziente, per motivi etici, organizzativi ed economici ovviamente l'argomento è molto complesso e mostra varie sfaccettature. Sull'argomento della relazione medico-paziente esiste una vasta letteratura, tuttavia in questa sede viene presentato un progetto di formazione portato a termine all'interno dell'Università Campus Bio-Medico di Roma con la collaborazione della LUMSA di Roma, durante il quale si è voluto formare i medici partecipanti su alcune tecniche particolari adatte a stabilire velocemente un buon rapporto empatico con i propri interlocutori (pazienti, colleghi, superiori, tutorati, familiari ecc.).

Il corso era basato su esercitazioni pratiche quotidiane che venivano controllate e discusse in aula, lezione per lezione. Alcuni scopi specifici del corso sono stati:

- imparare a stabilire un buon rapporto di fiducia con l'interlocutore;
- fare esperienza materiale e pratica di come il concetto di "giusta comunicazione" sia dipendente da variabili per lo più non-verbali e paraverbali;
- iniziare a prendere coscienza delle proprie risorse non sfruttate.

Parole indice: Relazione medico-paziente. Fiducia. Giusta comunicazione.

Background *Over the last few years there has been an increased awareness of how much the doctor-patient relationship is important in the Italian healthcare system. Because of ethical, of organization and economical reasons the topic is very complex and has many aspects to be considered. There is a wide literature about medic-patient relationship, but the paper describes an "education project" developed at the Campus Bio-Medico University of Rome in coo-peration with the LUMSA University of Rome. During the course we wanted to test some particular techniques useful to establish a fast emphatic relationship with one's own interlocutors (patients, colleagues, superiors, coachees, relatives, etc.).*

The course was based on daily practical exercises that were discussed and verified in the classroom day by day.

The course aimed at:

- *learning how to establish a good, confident relationship with interlocutors;*
- *experiencing in understanding how "a correct communication" is linked with not-verbal and para-verbal variables;*
- *starting to be aware how to use one's own resources.*

Index Terms: *Doctor-patients relationship. Confidence. Correct communication.*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott. Claudio Pensieri
Via Padre Giovanni A. Filippini 142
00144, Roma
e-mail: c.pensieri@libero.it

1. Introduzione

Da molti anni oramai si parla del rapporto medico-paziente e di come questo influisca su alcune variabili eterogenee tra loro, quali la *compliance*¹, la soddisfazione del cliente, la visibilità del Sistema sanitario e la qualità percepita di esso. Poiché il rapporto medico-paziente influenza sensibilmente anche la capacità di quest'ultimo di curarsi, è importante che il medico inizi ad approfondire le potenzialità comunicative che lo possano aiutare a compiere ancora meglio il proprio lavoro.

Per andare a fondo, per stabilire un rapporto empatico con il paziente, il colloquio deve durare almeno 20-30 minuti, senza limitarsi agli aspetti strettamente sanitari ma guardando "all'uomo nella sua interezza", il problema però, è che un'ora dedicata al malato è considerata uno spreco perché non remunerativa per l'amministrazione che preferisce piccoli interventi chirurgici o brevi visite specialistiche².

Il professor Luigi Frati, preside della Facoltà di Medicina alla Sapienza di Roma, afferma che per mettere un paziente a proprio agio, per farlo aprire davvero, bisogna saperlo ascoltare anche per mezz'ora, solo che il sistema non lo permette poiché in quella mezz'ora i medici devono fare altre tre visite altrimenti non stanno nei costi.

Nasce così l'idea di mutuare le tecniche utilizzate nella comunicazione interpersonale aziendale della PNL³ in ambito sanitario; in particolare si è puntato sull'introduzione di strumenti e tecniche utili a stabilire velocemente un buon rapporto empatico con il paziente.

Il paziente non è più un "caso", ma un "interlocutore umano", a suo modo unico ed è il farlo sentire unico che determina in seguito la valutazione della qualità del rapporto medico-paziente.

Bisogna tener presente che il medico, nel momento in cui esercita la sua professione all'interno di un edificio pubblico, rappresenta la pubblica amministrazione, egli è la parte "visibile" di essa, che insieme alle infrastrutture,

rappresenta ciò che il cittadino valuta e poiché oramai anche la pubblica amministrazione si sta adeguando a valutare la soddisfazione dei propri clienti (cittadini-elettori), è importante che questo momento di contatto tra la pubblica amministrazione (il medico) e il cittadino (paziente) sia il più qualificato possibile.

Si può paragonare il medico, al personale di *front-office* della pubblica amministrazione, nella quale una buona comunicazione con buoni risultati per contatto, implica un miglioramento della visibilità e dell'immagine della pubblica amministrazione.

Un'efficiente comunicazione non va vista come un dovere disciplinato dalla legge⁴, ma come una risorsa che può essere sfruttata al fine di migliorare l'immagine dello Stato, per risparmiare soldi (costose indagini diagnostiche, cause legali verso lo Stato dovute ad errori di comunicazione, interesse ad avere una popolazione sana, riducendo costi umani e finanziari per la cura delle malattie), per migliorare la qualità della salute in termini di soddisfazioni personali oltre che economici, per intraprendere nuove strade e raccogliere nuove idee provenienti dai cittadini stessi.

2. Il contatto Medico-Paziente

La comunicazione⁵, è un processo complesso che investe sia aspetti teorici che aspetti pratici, per questo il suo insegnamento non è facile, nonostante ne sia stata dimostrata l'efficacia.

Alla base del modo di curare, va considerato il concetto che il medico si fa del paziente e della malattia.

La malattia non è solo un fenomeno biologico ma un evento più complesso; bio-psico-sociale.

Un'alterazione di un sistema a più livelli, da quello molecolare e tissutale a quello psicologico e culturale fino a quello della comunità e della società⁶.

La cura, quindi, non è determinata soltanto dalle caratteristiche degli strumenti disponibili, ma è un vero e proprio progetto "umano-psicologico".

Un approccio metodologico al paziente di tipo puramente teorico-intellettuale è insufficiente se disgiunto dall'altrettanto importante componente pratico-emozionale.

¹ La *compliance* è definita classicamente come l'accettazione e l'osservazione, da parte del paziente, delle prescrizioni e dei consigli del medico, costituendo così uno degli elementi essenziali del buon esito dell'incontro tra malato e colui che ne prende cura. Nel prendere in esame le possibili cause della non riuscita di un trattamento, essa non può essere trascurata, se si considera che il 40-50% dei pazienti sembra non aderire correttamente ai regimi ed ai consigli del medico. P. Ley, *Communicating with Patients. Improving communication, satisfaction and compliance*, Chapman and Hall, London 1988.

² Lorenzo Salvia, "Le Asl ci obbligano a visite veloci", articolo pubblicato sul Corriere della Sera del 13 Maggio 2004.

³ Programmazione neuro-linguistica, codificata agli inizi degli anni '70, ad opera di John Grinder (linguista e psicologo) e Richard Bandler (matematico e psicologo).

⁴ Legge del 7 Giugno 2000, n. 150, Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni.

⁵ "La comunicazione è il fondamento stesso del rapporto medico-paziente nei suoi aspetti verbali e non verbali, emozionali e comportamentali", in: R. Tatarelli, E. De Pisa, P. Girardi, *Curare con il paziente, metodologia del rapporto medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano 1998.

⁶ Per un approfondimento sull'argomento si veda: G. L. Engel, *Essere scientifici nell'ambito umanistico: dal biomedico al biopsicosociale*, in R.C. Smith: *La storia del paziente*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1997.

Probabilmente l'ambiente medico e le sue suggestioni pato-fobiche possono rappresentare, per molti individui, un invito alla fuga piuttosto che un avvicinamento fiducioso, cosa che si può migliorare e cambiare attraverso adeguate campagne di comunicazione istituzionale e attraverso il miglioramento delle *communication skills* dei medici volti a creare proprio quel rapporto di fiducia col paziente.

Le due anime della medicina, quella scientifico-positivista e quella psico-antropologica raramente si incontrano in un unico modello dell'individuo, perché il divario tra essere sano ed essere malato, tra mente e corpo, è sempre troppo forte e stridente. Ignorare questo contrasto allontana dalla possibilità di un avvicinamento dell'individuo nella sua complessità.

Il medico è sostanzialmente coinvolto in ogni fase: nella scelta della cura, nel controllo della terapia, nella convalescenza, fino alla guarigione. Data l'effettiva importanza della relazione medico-paziente si parla di "medico-farmaco"⁷, in quanto molto spesso se il medico "non c'è", (nel caso della somministrazione di alcuni farmaci) anche l'effetto terapeutico è scarsamente visibile.

Nella medicina, il piano della relazione medico-paziente, svolge quindi un ruolo ineliminabile e l'abilità del medico nel comunicare con il paziente rappresenta un aspetto determinante della sua competenza clinica.

Le dotazioni empatiche ed emotive del medico sono un importante strumento ausiliario nel processo diagnostico e terapeutico.

Se il paziente è soddisfatto dell'incontro con il medico, ci sarà un importante incentivo alla *compliance* terapeutica. Il paziente, infatti, spesso pensa che solo chi "sente" veramente il suo problema è in grado di curarlo e guarirlo⁸.

Dal primo impatto con il medico, infatti, il paziente si fa un'opinione su di lui, in relazione al grado di "soddisfazione" derivata o meno dalla prima visita.

La soddisfazione del paziente presenta una componente cognitiva ed una emotiva strettamente correlate fra loro⁹: la componente cognitiva sembra essere influenzata dal comportamento verbale del medico, dalla sua modalità di chiedere e di dare informazioni sulla malattia, che consentono al paziente di farsi un'idea sulla preparazione scientifica del medico, su quella che il paziente definisce la sua bravura.

La componente emotiva sembrerebbe essere influenzata dal comportamento paraverbale e non verbale del medico (l'interesse mostrato con il tono della voce, l'espressione mimica del volto, lo sguardo, i gesti).

È necessario, infine, ricordare che ogni volta che si desidera realmente "comunicare" con il soggetto, è inutile nonché controproducente utilizzare un gergo tecnico. Anche nel fornire metafore o chiarimenti bisognerebbe sempre utilizzare un livello comunicativo compatibile con il vissuto esperienziale del paziente, cercare di utilizzare gli stessi predicati¹⁰ e quando possibile, le sue stesse parole.

3. La sincronizzazione

Durante il corso (effettuato presso l'università Campus Bio-Medico di Roma nel 2005) è stata focalizzata l'attenzione sull'acquisizione delle tecniche di base per stabilire celermente un buon rapporto empatico con il proprio interlocutore, in particolare si è affrontata la tematica della "sincronizzazione".

La "sincronizzazione" è il processo mediante il quale si stabilisce uno stretto contatto con il livello "conscio" e "inconscio" di un interlocutore.

La sincronia è un fenomeno studiato da tempo in campi molto diversi tra loro.

In un superconduttore, miliardi e miliardi di elettroni si muovono in sincronia tra loro, permettendo all'elettricità di attraversarlo senza incontrare resistenza. Nel sistema solare, la sincronia gravitazionale può proiettare enormi massi al di fuori della fascia degli asteroidi.

Persino il corpo umano è un'armonia di ritmi, tenuto com'è in vita dagli impulsi coordinati e incessanti di migliaia di cellule pacemaker del nostro cuore.

In biologia, un esempio del fenomeno è dato dalla sincronizzazione spontanea delle lucciole, già nel 1680 il medico olandese Engelbert Kaempfer, dopo un viaggio lungo il corso del Mekong da Bangkok fino al mare, descrisse il carattere sincronico del loro lampeggiamento¹¹.

Tra il 1915 e il 1935 "Science" pubblicò oltre 20 articoli su questa misteriosa forma di sincronia di massa. Anche la tattica di seduzione dei maschi del granchio violinista si basa sulla sincronia, essi corteggiano una femmina ondeggiando all'unisono le loro chele gigantesche.

Lo studio su queste forme di sincronizzazione naturale diede il via ad una serie di studi e ricerche in altre discipline¹².

⁷ M. Balint, *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1988.

⁸ R. Tatarelli, E. De Pisa, P. Girardi, *Curare con il paziente, metodologia del rapporto medico-paziente*, op. cit.

⁹ G. Kent, M. Dalglish, *Psicologia Medica*, Piccin, Padova 1992.

¹⁰ Si veda "l'utilizzo dei predicati" in: Bidot N., Morat B., *80 giorni per capirsi*, Xenia edizioni, Milano 1994. In effetti è molto produttivo utilizzare lo stesso registro sensoriale utilizzato dal paziente, al fine di farsi capire meglio.

¹¹ Engelbert Kaempfer, *The history of Japan. Together with a Description of the Kingdom of Siam*, trad. Ingl. Di J.G. Scheuchzer, Hans Sloane, London 1727.

¹² S. Strogatz, *SYNC - The emerging science of spontaneous order*, trad. it., *Sincronia*, Rizzoli, Milano 2003.

Nella meccanica quantistica le onde quantistiche del condensato di Bose-Einstein rimangono in perfetta sincronia, le loro creste e i loro ventri sono allineati (in coerenza di fase). Nel corso degli ultimi 40 anni sono state scoperte numerose applicazioni pratiche di queste straordinarie manifestazioni di sincronia quantistica, come ad esempio lo SQUID (*superconducting quantum interference device*), esso è uno dei rivelatori più sensibili che la scienza conosca. Gli SQUID si usano in astronomia per rivelare deboli radiazioni emesse da galassie lontane, in geofisica come ausilio alla localizzazione di giacimenti petroliferi situati a profondità notevoli, in test ingegneristici non distruttivi per individuare le eventuali corrosioni che si celano sotto il rivestimento d'alluminio degli aeroplani, nella diagnostica medica una schiera ordinata di centinaia di sensori SQUID permette di individuare con grande precisione i siti di tumori cerebrali e le vie elettriche anomale associate ad aritmie cardiache e a focolai epilettogeni, la schiera di SQUID rivela punto per punto le minime variazioni spaziali dei campi magnetici prodotte dall'organismo.

Ultimamente le neuroscienze si stanno interrogando sulla sincronia neurale, sembra infatti che la sincronia sia cruciale per il processo stesso della memorizzazione (il cervello, nel momento in cui memorizza una parola, manifesta un'impennata di sincronia fra ippocampo e corteccia entorinale e peririnale).

In altri ambiti tecnologici la sincronia è usata come strumento di organizzazione. Un perfetto consenso sull'orario in due luoghi lontani è fondamentale per le transazioni bancarie elettroniche, per sincronizzare l'emissione dei segnali televisivi e per trasmettere ogni cosa, dalle e-mail alle canzoni radiofoniche. Tutti i componenti elettrici presenti sul chip di un computer sono temporizzati per funzionare in sincronia. Un cristallo microelettrico che compie miliardi di oscillazioni al secondo accende e spegne i circuiti digitali in sincronia, permettendo così a milioni di componenti del chip di comunicare in modo efficiente.

Anche l'essere umano è costantemente immerso in questo fenomeno naturale. Non si dia infatti per scontato la capacità di cantare e ballare insieme, di marciare al passo, di battere le mani all'unisono, sembra che per l'uomo la sincronia sia una cosa spontanea e naturale.

Osservando due amici che chiacchierano tranquillamente tra loro, si può osservare come un filo conduttore guidi i loro gesti. Sembra che ad un gesto dell'uno corrisponda un gesto simile o uguale dell'altro, come se i due individui fossero davanti ad uno specchio.

In effetti, la qualità della comunicazione tra individui dipende da fattori soprattutto "inconsci". Se si ascolta un amico depresso e ripiegato su se stesso, che ha bisogno di confidarsi, mentre lo si guarda stando con le mani incrociate dietro la testa, le gambe distese, il sorriso sulle labbra, si può essere certi che egli non si sentirà molto compreso, malgrado le affermazioni contrarie.

La sincronizzazione (nella comunicazione umana) consiste nel riflettere verso l'altro la propria immagine, nell'inviargli dei segnali non verbali che egli può facilmente identificare in modo inconscio con i suoi e che sono allora, per lui, altrettanti segni di riconoscimento. La sincronizzazione instaura un clima di confidenza che dà, all'interlocutore, il desiderio di dire di più, perché si sente ascoltato e riconosciuto per quel che è.

Finisce insomma per creare un "rapporto" (*rapport* o empatia) che permetterà, passo dopo passo, di condurre il colloquio. I parametri sui quali ci si sincronizza sono diversi, durante il corso ne sono stati trattati solo due tipi: verbali e non verbali, ma è opportuno sapere che ce ne sono altri, quali quelli riguardanti il comportamento, le strategie mentali, si può ricalcare il soggetto sui suoi valori ecc. Naturalmente non bisogna snaturare la propria personalità, in quanto bisogna comportarsi come un ramoscello che sotto la forza del vento si piega ma poi ritorna nella sua posizione originaria. Una volta stabilita la giusta sintonia si avrà la possibilità di portare il soggetto nel proprio mondo¹³.

Tra i vari parametri non verbali rientrano: la sincronizzazione posturale, gestuale, vocale, micro-comportamentale (testa, viso, respirazione).

- Sincronizzazione posturale: il nostro interlocutore può essere in piedi, diritto, sbilanciato, seduto, le gambe incrociate ecc. ecc.
- Sincronizzazione gestuale: i gesti di chi ci sta davanti possono essere pochi o abbondanti, ampi o discreti, tondi o ad angoli, possono accompagnare il discorso (con le mani) o essere quasi automatici (piede).
- Sincronizzazione vocale: riguarda il flusso verbale, il volume e il ritmo della voce.
- Sincronizzazione micro-comportamentale: testa (può essere diritta, inclinata a destra o a sinistra, scossa dal basso in alto, scossa lateralmente, piegata in avanti, gettata all'indietro ecc.), viso (la fronte può essere corrugata o liscia, le sopracciglia alzate o aggrottate, gli occhi sgranati o strizzati, lo sguardo intenso o spento, il naso arricciato, dritto, le labbra mordicchiate, la lingua può essere sulle labbra e il viso può essere attraversato da smorfie diverse).
- L'ultimo parametro, il più potente ed efficace, è la "respirazione" (essa può essere toracica, addominale, del plesso, ritmata, interrotta da sospiri).

La sincronizzazione può essere diretta (secondo uno stesso parametro) o crociata (scegliendo un parametro per un altro).

¹³ "Nuovo libro intero", PNL3, www.neurolinguistic.com, dispense del corso dell'istituto NLP International / ISI-CNV, Associazione Europee PNL.

Se l'interlocutore è seduto ben dritto con le gambe incrociate, le braccia sui braccioli, lo si può riprodurre rigorosamente oppure incrociando le braccia al posto delle gambe¹⁴.

Non è necessario sincronizzarsi su TUTTI i parametri non-verbali, in generale ne bastano 3-4 diversi.

La sincronizzazione è il punto di partenza per mettersi sulla stessa frequenza del nostro interlocutore ed entrare in rapporto positivo con lui.

Non tutti sono aperti, caratterialmente o mentalmente, per accettare subito di entrare in sintonia con uno sconosciuto, questo a causa magari di esperienze passate, di stati d'animo del momento e ciò, a volte, porta tempi lunghi per accettare un dialogo sereno con un'altra persona. Si può quindi decidere di accelerare questi tempi utilizzando la tecnica del rispecchiamento (sincronizzazione) e creare un *rapport* empatico positivo.

Quando si stabilisce quella speciale intesa tra due persone, l'uno sarà portato inconsciamente e più facilmente a rispondere in modo positivo agli stimoli dell'altro. Attraverso il rispecchiamento si rimanda all'interlocutore, con il proprio atteggiamento, lo stesso comportamento che appartiene al suo modello del mondo.

È impressionante come possano essere abbattuti i "muri di freddezza" se si impara ad ascoltare, osservare e sentire l'altro.

Rispecchiare vuol dire entrare in sintonia, con rispetto e delicatezza, senza cadere nell'invadenza o infastidire. Questa tecnica ha il vantaggio di creare *rapport*, senza necessariamente conoscere il vissuto dell'individuo né con-

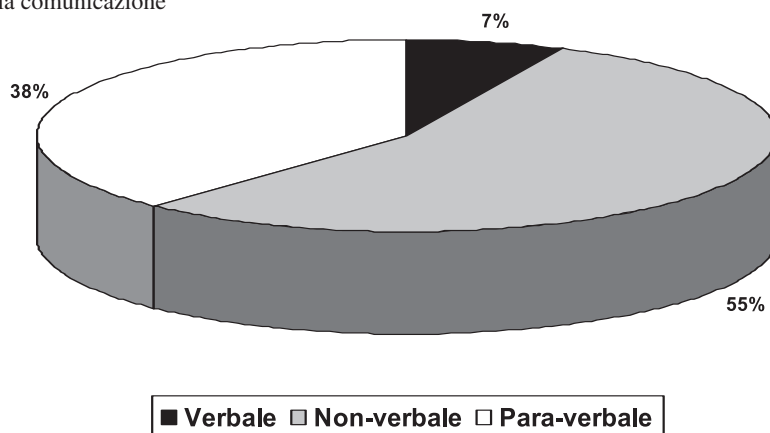
dividerlo. La padronanza di quest'abilità potrà, ad esempio, incidere positivamente su un colloquio clinico, su un'interrogazione scolastica, una vendita o una semplice discussione.

Naturalmente "rispecchiare" non significa "scimmiettare". Se l'interlocutore agita nervosamente un piede, si può agitare la mano in base al suo stesso ritmo. Se il soggetto cambia postura, dopo pochi secondi lo si seguirà in quella nuova; se sta parlando, si aspetterà che finisca il discorso e quando cominceremo a parlare cambieremo la nostra postura adeguandoci a quella del soggetto. Rispecchiare significa che, se chi si ha di fronte alza il braccio sinistro, chi ricalca dovrà alzare il braccio destro, come se fosse davanti a uno specchio. Dopo aver rispecchiato l'interlocutore per un po' di tempo, si noterà che sarà lui a seguire la vostra postura. Questo significa che si è stabilita la giusta sintonia, si è accettata l'altra persona. L'accettazione crea la base per il proseguo del discorso.

Inoltre, durante il corso, si è messo in evidenza come, durante un colloquio tra due soggetti, siano attive 3 diverse variabili (canali della comunicazione¹⁵) che impattano in modo differente sull'efficacia complessiva della comunicazione.

È ormai diffusa la ricerca del prof. Albert Mehrabian¹⁶, il quale dimostrò che la voce (para-verbale) impatta per il 38% sull'efficacia del messaggio, mentre il 55% dell'efficacia del messaggio proviene dal non-verbale, ed il restante 7% è l'efficacia del contenuto verbale della comunicazione (fig. 1).

Figura 1. I tre canali della comunicazione



Fonte: F. Pirovano, G. Granchi, *Il manager di successo in 7 mosse*, op. cit.

Fonte: F. Pirovano, G. Granchi, *Il manager di successo in 7 mosse*, op. cit.

¹⁴ Per gli esercizi relativi alla sincronizzazione rimando alle dispense del corso che ho tenuto personalmente al gruppo di medici dell'Università Campus Bio-Medico di Roma nell'anno 2005.

¹⁵ F. Pirovano, G. Granchi, *Il manager di successo in 7 mosse*, Sperling&Kupfer Editori, Milano 2003.

¹⁶ Mental Research Institute di Palo Alto, California (1967).

La parte verbale rappresenta il “che cosa”, il contenuto; quella non verbale il “come”, il modo in cui il contenuto si porge; la voce si inserisce, come para-verbale, nella definizione del “come” (infatti non è possibile esprimere parole senza il giusto sostegno della voce).

Il fatto di attribuire al “che cosa” un impatto del 7% ci porta a pensare che non sia tanto importante “che cosa” diciamo, ma bensì il “come” lo diciamo.

4. Disegno dell'esperienza

Da quanto argomentato finora, emerge chiaramente che la qualità della relazione medico-paziente dipende anche da fattori come la relazione interpersonale e la capacità pedagogica del medico. Alcune caratteristiche della relazione, come la chiarezza, l'attitudine emotiva del medico verso il paziente, l'attività del paziente e la sua posizione di partnership all'interno della relazione, sembrano collegarsi positivamente non soltanto con l'adesione al trattamento, ma anche con la capacità spontanea del paziente di prendere iniziative rivolte al conseguimento e al mantenimento della salute¹⁷.

È stato quindi istituito un corso di formazione in “comunicazione interpersonale” sulla base degli assiomi e delle tecniche della “programmazione neurolinguistica” in collaborazione con l'Università Campus Bio-Medico di Roma¹⁸ e con la Libera Università Maria Santissima Assunta¹⁹.

Il corso ha avuto come obiettivi:

- la conoscenza e lo sviluppo della capacità empatica del medico;
- l'apprendimento, tramite esercizi appropriati, dell'utilizzo di alcune tecniche di PNL;
- l'utilizzo delle tecniche di PNL nel contesto “tutoriale”, ambulatoriale, familiare, aziendale e nel gruppo amicale;
- l'aumento dell'autopercezione delle *communication skills*;
- aumento della stima di se stessi.

Il corso è stato così realizzato:

- 11 lezioni; di cui 1 di presentazione del docente, del programma e delle regole del corso; 1 teorica di introduzione; 8 pratiche, con relativi esercizi ed 1 dedicata all'esame di valutazione finale;

- sono stati ammessi all'esame di valutazione finale solo i soggetti che hanno seguito almeno 8 (su undici) lezioni;
- ad ogni lezione sono stati corretti i relativi esercizi, al fine di valutare se e come i medici mettersero in pratica gli insegnamenti;
- sono stati consegnati due tipi di questionari da compilare, uno rivolto ai medici ed uno rivolto agli utenti.

In particolare, si è voluto valutare il miglioramento delle performance comunicative dei 6 partecipanti al corso.

Sono stati quindi somministrati due tipi di questionari, prima e dopo il corso, agli utenti-clienti del policlinico e ai partecipanti al corso.

Le tecniche utilizzate nella stesura del questionario sono state le scale di atteggiamento, in particolare è stata utilizzata prevalentemente la “Scala Likert” che prevede, l'identificazione di 5 possibilità di scelta dal grado di “eccellente”, al grado di “pessimo”.

Nei questionari somministrati agli utenti sono state prese in considerazione 3 tipi di variabili:

- 1) la percezione della comunicazione del medico;
- 2) la percezione del “rapporto umano”;
- 3) la valutazione dell'umore dell'utente al momento del contatto.

Nei questionari somministrati ai partecipanti al corso le 3 variabili investigate sono state:

- 1) autostima comunicativa;
- 2) autopercezione nei diversi legami sociali;
- 3) autopercezione delle *communication skills* e della propria autostima.

5. Risultati

Ad ogni *item*, riconducibile ad una variabile, è stato attribuito un punteggio, la somma dei punteggi di ogni *item* del questionario somministrato agli utenti-clienti è stato di +/- 25 punti.

Nei questionari somministrati al pubblico, prima del corso, si è avuta una media di: +16,81 punti (con un minimo di +10 ed un massimo di +23 punti), mentre nei questionari somministrati dopo il corso si è avuta una media di +18,33 punti (con un minimo di +16 ed un massimo di +23 punti), quindi l'incremento delle medie è stato di +1,52 punti.

Per il questionario somministrato ai partecipanti al corso, il massimo del punteggio raggiungibile era di +/-29 punti.

Prima del corso (Tab. 1), si è avuta una media di: +12,6 su 29 punti totali (con un minimo di +9 ed un massimo di +17 punti), mentre nei questionari somministrati dopo il corso si è avuta una media di +19,4, con un minimo di +13 ed un massimo di +25 punti, con un incremento delle medie di +6,8 punti (cioè il 23,44%).

¹⁷ I. Heszen-Klemens, E. Kapinska, *Doctor-patient interaction, patients' health behaviour and effects of treatment*. Soc. Sci. Med. 1984; 19: 9-18.

¹⁸ Via Emilio Longoni, 83, Roma, zona Prenestina.

¹⁹ Via Borgo S. Angelo, 13, Roma, zona S. Pietro.

Tabella 1. Medie dei Questionari somministrati PRIMA e DOPO il corso.

Soggetti	1	2	3	4	5	6
Punteggio PRIMA del corso	+11	+9	+10	+17	+15	+14
Media Totale	+12,6 ove +29 è il max. dei punti					
Soggetti	1	2	3	4	5	
Punteggio DOPO il corso	+25	+14	+24	+13	+21	
Media Totale	+19,4 ove +29 è il max. dei punti					
Incremento punteggio Medio	+6,8					

Fonte: C. Pensieri, "Comunicazione Sanitaria: la relazione medico paziente", Roma 2005.

L'incremento di ogni singola variabile, da prima a dopo il corso, è stato il seguente (fig. 2):

- variabile A (autostima comunicativa) è passata da +8,33 a +13 segnando un incremento di +4,67 punti (+22,23%);
- variabile B (autopercezione nei diversi legami sociali) è passata da +8,32 a +21,8 con un incremento pari a +13,48 punti (+42,12%);
- variabile C (*communication skills*) il corso ha influenzato sensibilmente sull'incremento dei punti sulla media totale della variabile, facendola passare da +8,66

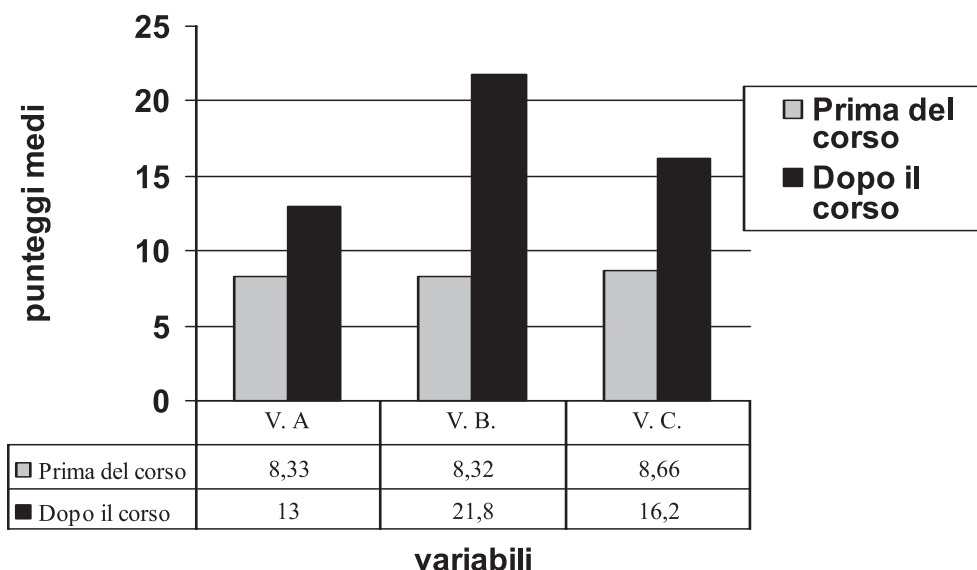
a +16,2 segnando un incremento di +7,54 punti, raddoppiando quindi, il livello di efficienza comunicativa dei partecipanti (30,16. %).

Dall'analisi dei dati proposti, si può tranquillamente affermare che il corso effettuato ha portato vantaggi economici all'azienda quali: un clima aziendale percepito migliore; un personale che lavora meglio (in quanto ci sono meno *misunderstanding* comunicativi), più motivato a lavorare, poiché crede in ciò che fa; e grazie alla sincronizzazione, si è potuto stabilire un rapporto empatico migliore con i vari interlocutori (superiori, colleghi, clienti, tuto-

Figura 2.

Riassunto delle variazioni totali delle variabili A (autostima comunicativa), B (autopercezione nei diversi legami sociali) e C (*communication skills*).

Fonte: Test valutativo medici, Corso 1°, in: C. Pensieri, "Comunicazione Sanitaria: la relazione medico paziente".



rati, amici ecc.) generando meno ridondanza comunicativa²⁰ (infatti ricalcando il linguaggio verbale, non-verbale e paraverbale dell'interlocutore, si può evitare quella spiacevole situazione di ripetizione di informazioni in modo differente che, a volte, genera una reazione che va dal leggero disagio alla profonda incredulità per giungere nei casi limite alla totale incomprensione²¹).

C'è quindi una trasmissione di informazioni più chiara ed un'attenzione maggiore al linguaggio del corpo.

6. Conclusioni

Abbiamo voluto mostrare un'ipotesi di formazione del personale sanitario in materia di comunicazione interpersonale, includendo aspetti insoliti nell'ottica medica.

Si è voluto mutuare tecniche comunicative tipiche del mondo aziendale, in un campo come la comunicazione pubblica sanitaria che molte risorse ancora ha da offrire.

Le aziende a scopo di lucro utilizzano queste tecniche da anni, Claudio Belotti, co-direttore della NLP Coaching school e Alessio Roberti, Licensed Master trainer of NLP, hanno infatti, tenuto corsi di questo tipo in aziende come Cisco System, IBM, Boehringer Ingelheim, Ferrari e Siemens²².

D'altronde, dai dati raccolti in questo lavoro appare evidente come un corso di 11 lezioni, possa influire sensibilmente sulle abilità comunicative dei medici partecipanti, e come gli effetti di un corso di base di PNL, influiscano, oltre che sulle capacità comunicative verso i pazienti e verso i propri tutorati, anche sulle relazioni che i medici intrattengono nei loro vari legami sociali.

Il tipo di comunicazione proposta, se approfondita e portata nella pratica di vita quotidiana dei medici, può anche essere la base per un iniziale trattamento psichico. Intendendo per trattamento psichico la definizione data da Sigmund Freud nel 1901, cioè, il tentativo di provocare nel paziente gli stati e le condizioni psichiche più favorevoli alla guarigione²³.

Questo porta non solo dei vantaggi nel raggiungimento della missione del Ministero della Salute, cioè la garanzia della salute, ma anche un miglioramento nella qualità percepita della pubblica amministrazione, ricordando che i medici sono il front-office della PA e che anche dalla relazione che i cittadini intrattengono con essi, deriva il loro giudizio sulla qualità e l'efficienza della sanità italiana.

Infatti, non è banale ricordare che oggi non basta più una comunicazione "dall'alto" (come le campagne istituzionali e le campagne sociali), la comunicazione dello Stato deve essere accompagnata, per essere effettivamente efficace, da una comunicazione che parta dal basso, da chi entra in contatto con i cittadini, in questo caso proprio i medici.

Lo scopo di questo lavoro è stato dotare il personale di contatto della pubblica amministrazione, di strumenti utili ad affrontare queste nuove responsabilità della comunicazione pubblica.

Dai dati raccolti l'obiettivo è stato raggiunto, ciò non toglie che il corso eseguito era di tipo base, che ha offerto ai medici solo degli strumenti fondamentali per altre tecniche molto più efficaci, ma che richiedono comunque l'interiorizzazione di questo modo diverso di comunicare.

Grandi prospettive si aprono nel campo della formazione professionale sanitaria, un campo nuovo ed in continua evoluzione, che necessita di uno studio più approfondito che permetterà allo Stato di trovare nuovi vantaggi in termini di capitale umano, di relazione col cittadino, di nuove idee e risorse provenienti da tutti i livelli sanitari, dal management al paziente.

Bibliografia

1. Roberti A, Belotti C. Il coach, il professionista che aiuta a raggiungere i risultati desiderati. NLP Italy, Alessio Roberti Editore, Urgnano (BG), 2004.
2. Testa A. *Farsi capire*. Edizione Mondolibri, Milano 2000.
3. Pensieri C. *Comunicazione Sanitaria: la relazione medico paziente*. Roma 2005.
4. Engelbert Kaempfer. *The history of Japan. Together with a Description of the Kingdom of Siam*. trad. Ingl. Di J.G. Scheuchzer, Hans Sloane, London 1727.
5. Pirovano F, Granch G. *Il manager di successo in 7 mosse*. Sperling&Kupfer Editori, Milano 2003.
6. Engel GL. *Essere scientifici nell'ambito umanistico: dal biomedico al biopsicosociale*. In: Smith R.C. *La storia del paziente*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1997.
7. Kent G, M. Dagleish M. *Psicologia Medica*. Piccin, Padova 1992.
8. Heszen-Klemens I, Kapinska E. *Doctor-patient interaction, patients' health behaviour and effects of treatment*. Soc. Sci. Med. 1984; 19: 9-18.
9. Salvia L. *Le Asl ci obbligano a visite veloci*. Corriere della Sera 13 Maggio 2004.
10. Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano 1988.
11. Bidot N, B. Morat B. *80 giorni per capirsi*. Xenia edizioni, Milano 1994.
12. Ley P. *Communicating with Patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. Chapman and Hall, London 1988.
13. Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P. *Curare con il paziente, metodologia del rapporto medico-paziente*. Franco Angeli, Milano 1998.
14. Strogatz S. *SYNC - The emerging science of spontaneous order*. trad. it., Sincronia, Rizzoli, Milano 2003.
15. Freud S. *Scritti su Ipnosi e suggestione*. Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 2005.

²⁰ La ridondanza è una specie di forma evoluta di spreco di segnali. A. Testa, *Farsi capire*, op. cit.

²¹ A. Testa, *Farsi capire*, Edizione Mondolibri, Milano 2000.

²² A. Roberti, C. Belotti, *Il coach, il professionista che aiuta a raggiungere i risultati desiderati*, NLP Italy, Alessio Roberti Editore, Urgnano (BG), 2004.

²³ S. Freud, *Scritti su Ipnosi e suggestione*, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 2005.