

LA COMUNICAZIONE PER I MMG



LA COMUNICAZIONE PER I MMG

C. Pensieri¹

1. Introduzione

Il passaggio, nel campo medico-sanitario, dal modello bio-medico, centrato sulla malattia, a quello psico-sociale centrato sulla persona, ha posto una serie di nuovi e inevitabili interrogativi sui quali si cerca di dare delle risposte in linea con la nuova prospettiva che assume il malato al centro dell'interesse dell'organizzazione sanitaria.

“L'interazione con l'altro” viene a configurarsi come il nuovo modello all'interno del quale tentano di muoversi tutte le figure sanitarie.

In tale contesto, nello specifico ambito dei MMG, le problematiche inerenti la comunicazione hanno subito un approfondimento ed un ampliamento considerevole volto a fornire all'operatore sanitario informazioni, tecniche e metodologie provenienti da diversi approcci scientifici e non (counseling, PNL², psicologia dinamica, pedagogia, tecniche di improvvisazione, di comunicazione di massa, ecc.).

Nella prospettiva attuale si assume, come carattere distintivo, la capacità del medico di approntare un intervento comunicativo efficace il cui scopo mira sia a favorire la libera e incondizionata espressione del malato sia a coinvolgerlo attivamente contribuendo, inoltre, alla chiarificazione dei dubbi e delle eventuali difficoltà connesse con il “vivere” la malattia .

¹ c.pensieri@libero.it.

² La PNL nasce alla fine degli anni '70 negli Stati Uniti, ad opera del matematico Richard Bandler e del linguista John Grinder. Essi studiarono migliaia di ore di registrazione delle sedute dell'ipnoterapeuta Milton Erickson, di Virginia Satir e di Fritz Perls. Questo modello fu poi arricchito dagli studi dell'antropologo Gregory Bateson e dei linguisti Alfred Korzibsky e Noam Chomsky. La PNL nasce dunque da una sintesi tra psicologia, linguistica e cibernetica, pur avendo preso le mosse dal contesto terapeutico.

La consapevolezza che la “vera cura” della persona inizia e si sviluppa nel poterle offrire concretamente la possibilità di partecipare, in base alle sue reali capacità, alla gestione del proprio percorso terapeutico presuppone che il medico debba preventivamente effettuare una serie di operazioni, cioè possedere delle conoscenze specifiche di natura medica, tecnica, psicologica, scientifica, volte alla buona riuscita della relazione comunicativa o del colloquio inteso come momento informativo, conoscitivo e terapeutico³.

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.

2. La comunicazione

Per concepire la comunicazione come la base di un efficace processo assistenziale dobbiamo riflettere sul fatto che la comunicazione umana si manifesta attraverso gli occhi, l’espressione, il tono, il volume, il flusso, il ritmo della voce e in tutti i movimenti e gesti del corpo. Significa che quello che sentiamo e come viviamo si esprimono attraverso la nostra comunicazione extra-verbale⁴ (non-verbale e paraverbale⁵). Essa dipende dall’attitudine che sappiamo costruire all’interno di noi e che, con le tecniche apposite, possiamo perfezionare.

³ Kaplowitz G.J., *Communicating with patients using NLP*, Gen. Dent., July-August, 47(4): 399-403, 1999.

⁴ Mehrabian A., *Nonverbal Communication*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1972.

⁵ Christensen J.F., Levinson W., Grinder M., *Application of neurolinguistic programming to medicine*, J. Gen. Intern. Med., November-December, 5 (6): 522-7, 1990.

Il nostro aspetto, le nostre parole, le nostre azioni non sono mai più grandi di noi. Quindi noi possiamo prendere controllo su di essi.

Comunque abbiamo comunicato finora si può migliorare.

Le abilità di costruire una relazione di fiducia attraverso la comunicazione possono essere apprese e, quando sono già una dote naturale del medico, possono essere raffinate ulteriormente.

Imparare a comunicare efficacemente si può.

Secondo uno studio condotto da Langewitz e colleghi e pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2002:

- Il medico interromperebbe il resoconto del paziente sui propri sintomi (o su quelli che quest'ultimo ipotizza siano i sintomi) circa 22 secondi dopo che ha iniziato a raccontare;
- mentre il 90% dei pazienti conclude spontaneamente il racconto entro 92 secondi e tutti entro i 2 minuti;
- nello spazio intercorso tra i 22 e 92 secondi viene menzionato il 75% dei sintomi. Cioè, più il paziente parla dei suoi problemi, più gli vengono in mente informazioni nuove⁶.

Inoltre:

- il 36% dei pazienti non ricorda le informazioni fornite dal medico riguardo alla prognosi e alla terapia⁷;
- il 70% dei pazienti assume in modo scorretto i medicinali prescritti;
- i medici sottostimano il desiderio d'informazione dei pazienti nel 65% dei colloqui⁸;

⁶ Langewitz W., Denz M., Keller A., Kiss A., Ruttiman S., Wossmer B., *Spontaneous talking time at start consultation in outpatient clinic: cohort study*, *British Medical Journal*, 28 Sept., 325 (7366): 682-3, 2002.

⁷ Ley P., *Memory for medical information*, *British Journal of Clinical Psychology*, June, 18 (2): 245-55, 1979.

⁸ Waitzkin H., *Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research*, *Journal of the American Medical Association*, Nov. 2, 252 (17): 2441-6, 1984.

Quindi se il medico avesse a disposizione più tempo o strumenti di comunicazione e ascolto più efficaci, la qualità della sua indagine migliorerebbe e il paziente comprenderebbe meglio le spiegazioni e le indicazioni del medico e gli sarebbe più facile e naturale aderire alle terapie prescritte.

Il primo passo per instaurare un rapporto comunicativo sano ed efficace è il ricalco.

È importante che i MMG imparino a ricalcare i pazienti perché sono loro che fungono da filtro primario nella sanità, e sono loro che hanno un rapporto continuativo con essi e sono quindi le persone più adatte a svolgere la relazione d'aiuto che qui si vuol proporre.

“Ricalcare” un paziente significa andargli incontro nel punto in cui lui si trova, riproducendo parzialmente, durante l'interazione, i suoi schemi di comunicazione, le sue convinzioni, i suoi valori e la sua esperienza sia fisica che mentale.

È stato osservato che le persone capaci di comunicare tra loro a vari livelli tendono, spesso inconsapevolmente, ad agire e a muoversi in maniera speculare (mirroring, sincronizzazione).

I loro rispettivi gesti, il tono di voce, il modo di parlare, le espressioni linguistiche, persino il ritmo e la profondità della loro respirazione tendono ad assomigliarsi in termini di velocità, ampiezza e altezza fino spesso a sincronizzarsi⁹.

È ormai diffusa la ricerca del prof. Albert Mehrabian¹⁰, 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).

⁹ Roberti A., Belotti C., Caterino L., *Comunicazione Medico-Paziente*, NLP Italy, BG 2006.

¹⁰ Mental Research Institute di Palo Alto, California (1967).

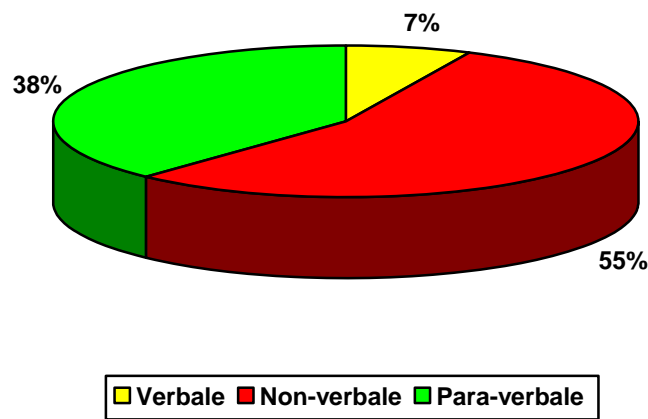


Fig. 1, I tre canali della comunicazione. Fonte: F. Pirovano, G. Granchi, *Il manager di successo in 7 mosse*, op. cit.

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.

Quando ci si sincronizza si 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.

Si crea un “rapporto” (rapport o empatia) che permetterà, passo dopo passo, di condurre una relazione terapeutica di aiuto.

I parametri sui quali ci si può sincronizzare sono diversi, 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. 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 mondo¹¹.

Tra i vari parametri non verbali sui quali ci si può sincronizzare rientrano: la sincronizzazione posturale, gestuale, vocale, micro-comportamentale (testa, viso, respirazione) ecc.

Il tono, il volume, il flusso e il ritmo della voce sono la base della sincronizzazione paraverbale che permette di stabilire un ponte comunicativo col paziente.

Una volta stabilita questa base è il caso di migliorare ancora il rapporto attraverso il ricalco linguistico.

È noto che gli esseri umani hanno esperienza di se stessi e del mondo attraverso i 5 sensi o modalità sensoriali (vista, udito, tatto, olfatto e gusto).

Se immaginassimo di essere a casa di un amico ed essere colti da un black-out di notte, o di essere in un'area urbana di traffico intenso, in un momento in cui i clacson delle auto impediscono di udire quello che dice la persona accanto a noi, molto probabilmente l'esperienza della realtà risulterebbe profondamente modificata. Mancherebbe una piena percezione visiva e auditiva di quanto sta accadendo nel mondo circostante.

Questo avviene perché le persone, attraverso i 5 sensi: decodificano, organizzano e immagazzinano

i dati e gli impulsi che arrivano dalla realtà esterna. Le modalità sensoriali in PNL vengono anche definite "sistemi rappresentazionali" poiché si riferiscono al modo in cui le persone rappresentano la realtà a loro stesse.

¹¹ "Nuovo libro intero", PNL3, www.neurolinguistic.com, dispense del corso dell'istituto NLP International / ISI-CNV, Association Europeenne PNL.

Per il medico è utile comprendere i processi attivati dal paziente per interpretare gli eventi, i comportamenti e le esperienze, e come reagisce ad essi, o meglio, quale rappresentazione ne dà.

Identificare i sistemi rappresentazionali usati dal paziente è uno dei modi che il medico ha per avvicinarsi a comprendere la mappa della realtà del suo interlocutore.

Ogni persona utilizza uno o più sistemi rappresentazionali in modo prevalente rispetto ad altri (e quindi privilegia la modalità visiva, auditiva, tattile, olfattiva e gustativa) a seconda del momento che sta vivendo, dell'esperienza che sta facendo, delle condizioni fisiche e psicologiche in cui si trova e così via.

Il medico è chiamato a svolgere almeno due attività importanti sulle modalità sensoriali del paziente, la prima è individuare il sistema rappresentazionale utilizzato in modo prevalente dal paziente; la seconda è adeguare la propria comunicazione a quella dell'interlocutore.

Comprendere se il paziente stia elaborando le informazioni utilizzando immagini, suoni o sensazioni è uno strumento ulteriore per riuscire a “connettersi” con lui: vale a dire, per fargli sentire che viene ascoltato, compreso, seguito, e quindi per renderlo più disponibile a collaborare attivamente ad una rapida risoluzione del problema, migliorando sensibilmente la compliance terapeutica.

Infatti, la mancata aderenza ai trattamenti prescritti è la più frequente causa di fallimento terapeutico ed

accresce significativamente il rischio di progressione della malattia¹².

È stato ampiamente documentato che per agire un comportamento aderente non è sufficiente avere informazioni sui rischi e i benefici di quel comportamento¹³.

Come può il medico riuscire a capire quale sia la modalità sensoriale primaria del paziente in un determinato momento? Semplicemente, facendo attenzione alle parole, al modo di muoversi e di respirare¹⁴, alla tonalità e al linguaggio corporeo (compresi i LEM¹⁵) a cui ricorre il suo interlocutore per trasmettere i propri pensieri.

3.1 Relazionarsi ad un paziente che predilige la modalità cenestesica

Le persone che utilizzano la modalità cenestesica fanno spesso riferimento al mondo delle sensazioni, degli odori e dei sapori. Si può lasciare che sia il paziente a stabilire il ritmo della conversazione e la distanza fisica da tenere.

Teniamo presente che un “cenestesico” generalmente è una persona che parla molto lentamente, fa caso alle sensazioni corporali e spesso tende a toccare l’interlocutore.

Eventualmente si può stabilire un contatto fisico con la persona poiché la persona in modalità cenestesica ama essere toccata e apprezza la vicinanza degli altri. Consigliamo di annunciare al paziente che lo si sta per toccare.

¹² Vittinghoff E., Scheer S., O’Malley P., Colfax G., Holberg SD., Burchbinder SP., *Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality*, Journal of Infection Diseases, 179, 717-720, 1999.

¹³ Ley P., *Communicating with Patients. Improving communication, satisfaction and compliance*, Chapman and Hall, London 1988.

¹⁴ James T., Shepard D, *Comunicare in pubblico magicamente*, NLP Italy, BG 2004.

¹⁵ LEM, “Lateral Eyes Movements”. Bidot N., Morat B., *80 giorni per capirsi*, Xenia edizioni, Milano 1994..

È utile parlare al paziente attraverso predicati cenestesici e facendogli far caso alle proprie sensazioni, ancora meglio se si riesce a stimolare la sua propriocezione.

3.2 Relazionarsi ad un paziente che predilige la modalità visiva

Se il medico si trova a visitare un paziente visivo sarà il caso che si esprima attraverso predicati visivi magari facendo in modo che il paziente possa “vedere” cosa gli si sta dicendo, generalmente un paziente visivo parla molto velocemente ed utilizza prevalentemente “immagini mentali”.

È necessario evitare lunghi discorsi e spiegazioni interminabili su terapie trattamenti ecc. si può invece corredare la comunicazione verbale con qualche schema o disegno, anche semplicemente scrivendo a penna su un foglio di carta: il paziente nel suo ricordo, assocerà lo schizzo alla spiegazione data in forma orale. È consigliabile anche di evitare di stare troppo vicino alla persona poiché il paziente sta usando la modalità visiva e ha quindi bisogno di mantenere il suo campo visivo “libero”.

3.3 Relazionarsi ad un paziente che predilige la modalità auditiva

Le persone che utilizzano la modalità auditiva apprendono ascoltando. Poiché selezionano e ordinano le informazioni in maniera sequenziale, queste persone pensano e memorizzano i dati passo dopo passo, per sequenze e procedure. Inoltre, preferiscono che il medico spieghi loro a “parole” il funzionamento e le caratteristiche di un farmaco o di una terapia. Dal momento che danno molta importanza ai suoni è bene

che il medico si “sincronizzi” sul tono, volume, flusso e ritmo della loro voce durante la visita.

Il paziente “auditivo” fa molto caso alla “musicalità” delle parole, al suono di per sé, e quindi tenderà a ricordare le sequenze di suoni e le parole. Come per i precedenti, è utile sincronizzarsi su tono, volume, flusso, ritmo ecc. ed anche sul suo specifico modo di parlare, utilizzando i predicati auditivi.

4.1 Conclusioni

Se il primo assioma della comunicazione è “Non si può non comunicare” esso prevede anche un postulato che è “Giusta Comunicazione”, ciò implica il fatto che per comunicare efficacemente è necessario imparare a farlo. Tutti comunicano, imparare a farlo efficacemente è un dovere e una responsabilità, soprattutto per chi opera nel campo della sanità.

Ed imparare a farlo si può.

Dalla ricerca condotta da Pensieri presso l’Università Campus Bio-Medico di Roma e pubblicata su *Medic*¹⁶, sulla comunicazione sanitaria, si è dimostrato che dopo un corso di sole 11 lezioni sulle tecniche di comunicazione della PNL si è ottenuto un considerevole incremento di ogni singola variabile presa in considerazione.

Da prima a dopo il corso, l’incremento è stato il seguente (fig. 2):

- variabile A (autostima comunicativa) è passata da +8,33pt. a +13pt. segnando un incremento di +4,67 punti (+22,23%);

¹⁶ Pensieri C., *La sincronizzazione in ambito sanitario*, *Medic*, November, n°3, vol. 14, 84-91, 2006.

- variabile B (autopercezione nei diversi legami sociali) è passata da +8,32pt. a + 21,8pt. con un incremento pari a +13,48 punti (+42,12%);
- variabile C (communication skills) il corso ha influito sensibilmente sull'incremento dei punti sulla media totale della variabile, facendola passare da +8,66pt. a +16,2pt. segnando un incremento di +7,54 punti, raddoppiando quindi, il livello di efficienza comunicativa dei partecipanti (30,16. %).

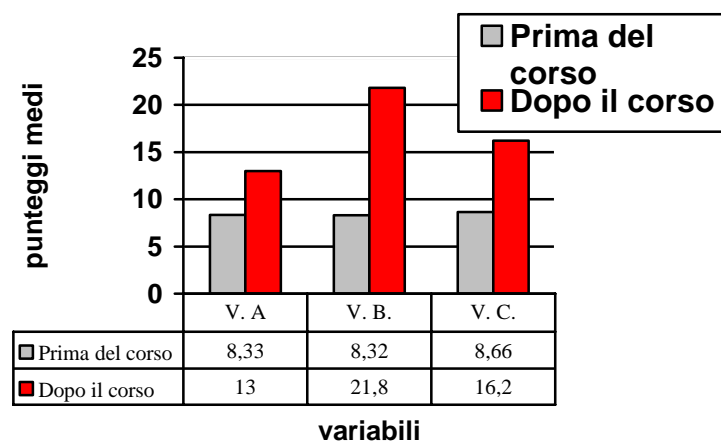


Fig. 2 Riassunto delle variazioni totali delle variabili A (autostima comunicativa), B (autopercezione nei diversi legami sociali) e C (communication skills).

Se il medico, nell'instaurare un rapporto comunicativo col paziente, non tiene conto delle possibilità offerte dalla sincronizzazione verbale, non verbale e paraverbale, non riuscirà a creare un eccellente rapporto empatico col paziente.

Se il medico predilige il sistema visivo ed il paziente, invece, predilige il cinestesico¹⁷ avranno seri problemi comunicativi.

¹⁷ *Kinesthetic*, tatto, gusto, olfatto, sensazioni in genere. Roberti A., Belotti C., Caterino L., *Comunicazione Medico-Paziente*, NLP Italy, BG 2006.

Se invece gli operatori sanitari terranno conto di questa possibilità avranno la flessibilità necessaria per instaurare un rapporto sano e costruttivo col paziente e avranno la possibilità di guidare il paziente durante il suo percorso di guarigione.

Per concludere, una maggiore efficacia nella comunicazione consente:

- di raccogliere informazioni in quantità e qualità sufficienti;
- di ridurre le possibilità di errore;
- di lasciare il paziente con la sensazione di essere stato ascoltato e considerato come persona;
- di far sentire al paziente di essere stato assistito con attenzione e professionalità;
- di instaurare il clima di fiducia necessario per ogni rapporto terapeutico e quindi credere in ciò che il medico suggerisce o prescrive¹⁸.

¹⁸ Roberti A., Belotti C., Caterino L., *Comunicazione medico-paziente, la comunicazione come strumento di lavoro del medico*, NLP Italy, BG, 2006.