

# CAPITOLO 3

## La comunicazione



Antonio Bimbo\*

### 3.1 LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

#### 3.1.1 Introduzione.

Di comunicazione medico-paziente si comincia a parlare molto, ma in modo generico e spesso confusivo. Da un lato la si riduce semplicisticamente alle buone maniere, ad una sorta di bon ton filosofico, una specie di placebo relazionale innocuo che se non fa bene non fa neppure male. Dall'altro, la si fa assurgere ad una complessità tecnico-teorica lontana dalla pragmatica e, quindi, difficilmente applicabile dai professionisti sanitari nella loro quotidianità clinica.

Il primo obiettivo di questo scritto è quello di riportare la comunicazione medico-paziente nel contesto che gli è proprio, cioè: *la relazione terapeutica*. Il secondo, è quello di tracciarne un quadro, naturalmente non l'unico possibile, ma che sia sufficientemente fruibile, aggiornato e correlabile alle evidenze scientifiche.

La relazione del medico con il paziente è riassumibile in una battuta: “*Se vuoi insegnare il Latino a Pierino, devi conoscere il Latino e Pierino*”, come dice l'amico dr. Mosti. La comunicazione medico-paziente è il più potente mezzo attraverso il quale è possibile curare. Essa permette di informare sulla patologia e sulle proposte terapeutiche, sull'importanza della prevenzione primaria e secondaria, sull'andamento delle condizioni di malattia e di salute della persona. Attraverso lo specchio degli occhi della persona possiamo capire come stiamo impostando il nostro atteggiamento clinico. E' pertanto fondamentale stimolare l'acquisizione, da parte dei medici, della consapevolezza che comunicare è parte integrante della professione (Veronesi, 2006). La comunicazione medico-paziente è un aspetto della clinica e non solo della relazione. Instaurando un processo di comunicazione con il paziente, il medico può non solo ottenere delle utili informazioni per indirizzare il percorso diagnostico e terapeutico, ma anche suscitare un buon livello di soddisfazione e di consenso che finisce per incidere positivamente sui risultati clinici complessivi. Balint sosteneva che il medico è il farmaco principale del paziente e nel rapporto tra paziente e medico si possono produrre comprensioni, miglioramenti o sofferenze ed irritazioni inutili (Balint, M. 1990). Dovremmo prendere maggior consapevolezza del fatto che la comunicazione è uno strumento molto potente, essa comporta una grande responsabilità:

\* Sociologo e Supervisor Counselor (certificazione AssoCounseling n. A0128), opera in campo clinico (Ser.T. AUSL Ferrara; Scuola Italiana di Counseling Motivazionale) e formativo (Direttore Scuola Italiana di Counseling Motivazionale, sede di Ferrara; Docente a contratto di “Gestione risorse umane”, Facoltà di Medicina, Università di Ferrara).

costituisce una funzione clinica fondamentale. Le nostre parole, i nostri atteggiamenti producono negli altri delle reazioni, dei pensieri, delle emozioni, dei momenti di introspezione che possono portarli a prendere consapevolezza di determinate condizioni interne o esterne. Di conseguenza ci si può trovare di fronte a persone che per una nostra frase detta in un determinato modo, caricata dell'energia di quel momento, apportano dei cambiamenti alla propria vita, positivi o negativi, oppure confermano delle proprie convinzioni e sensazioni utili o nocive al percorso di cura. Dunque, nella comunicazione tra medico e paziente vi sono atteggiamenti assolutamente da seguire, altri da evitare nel modo più determinato.

### 3.1.2 Obiettivi.

La prima legge della comunicazione recita che quando due o più persone entrano in qualsiasi forma di contatto tra loro non è possibile non comunicare (Watzlawick, 1977). L'unica scelta è tra farlo bene o farlo male. Per questo sosteniamo che la comunicazione tra medico e paziente ha una funzione strategica nella relazione terapeutica, può promuovere o ostacolare il processo di cura. E la promozione del processo di cura è rintracciabile e misurabile nei seguenti obiettivi.

#### 1. Soddisfazione del paziente.

La comunicazione genera un sistema di feedback in cui la risposta attivata influenza la percezione e l'azione successiva. Si può creare così un circolo virtuoso in cui la persona che si sente ascoltata ha la possibilità di instaurare un rapporto di fiducia, sente di essere capita, di interessare l'altro per ciò che le accade e per come lo vive, non si sente giudicata e, quindi, trova naturale collaborare nel percorso di cura. La soddisfazione del paziente è evidenziabile e precisamente misurabile anche nelle sue correlazioni cliniche, come è stato fatto anche a Ferrara con i MMG<sup>1</sup> (Bimbo, A. 2005).

#### 2. Soddisfazione del medico.

Lo stadio successivo del circolo virtuoso è la soddisfazione del medico all'interno di una relazione terapeutica con paziente sufficientemente soddisfatto e collaborativo. D'altro canto, le ricerche dimostrano che il non tenere conto degli aspetti relazionali oltre a provocare malessere, disagio e noncompliance nel paziente, produce insoddisfazione, stress e demotivazione nel medico, sintomi che stanno alla base della sindrome da burn out, significativamente in crescita negli ultimi anni (Wallace, J., Lemaire, J.B., Ghali, W. A., 2009). Possono essere altresì interessanti i risultati di uno studio realizzato dal Servizio sanitario canadese, riguardante il rapporto medico-paziente con particolare riferimento all'Assistenza Sanitaria primaria (Edwards, A., Kinnersley, P., 2008). Non è vero che dando spazio ad un'attività comunicativa di qualità nella pratica clinica si allunga indebitamente la durata della visita. Invece, dedicando al paziente da un massimo di 21- 22 minuti ad un minimo di 3-4 minuti, si rientra nella fascia di tempo utile per incoraggiare il paziente ad esprimere le sue preoccupazioni, senza interruzioni o conclusioni affrettate da parte di chi ascolta.

#### 3. Motivazione del paziente e quindi maggiore compliance.

---

<sup>1</sup> Lo studio ha centrato l'attenzione sull'incidenza che la comunicazione medico-paziente ha sullo stato di salute di quest'ultimo. I risultati della ricerca confermano l'utilità delle buone prassi comunicative, e del counseling motivazionale con particolare riferimento alla professione medica, evidenziando l'importanza di un approccio che fa dell'ascolto e dell'empatia il punto di forza del suo intervento. Difatti, i medici appartenenti al gruppo sperimentale ha registrato in tutti gli item valori maggiori rispetto al gruppo di controllo, riportando la differenza più significativa, di oltre il 10%, nella disponibilità del paziente a impostare un cambiamento nel proprio stile di vita.

La principale sfida della medicina dei nostri tempi è quella di motivare le persone a adottare stili di vita orientati alla tutela della salute e del benessere personale. Per raggiungere questi obiettivi è necessario per il medico ottenere un'autentica fiducia e la fattiva collaborazione dei suoi pazienti. I rapporti tra motivazione, compliance ed esiti clinici sono anch'essi puntualmente evidenziabili, (Ghetti, V., 1995)

4. Migliori risultati clinici quindi minor rischio clinico.

Nonostante l'importanza di un corretto approccio medico, farmacologico o chirurgico, il grado di adesione del paziente alla proposta terapeutica determina la qualità del trattamento realizzabile e di conseguenza il suo risultato. In altre parole, un sostegno emotivo appropriato favorisce una prognosi medica positiva anche in casi particolarmente gravi (Capunzo, 2004).

5. Minori reclami e contenziosi.

In uno studio di coorte condotto in Canada è stato individuato un nesso tra i voti ricevuti dai medici agli esami del **Medical Council of Canada** (ente responsabile della promozione di uno standard uniforme di competenze tra i medici canadesi) e i successivi reclami sottoposti alle autorità preposte. Infatti, i medici con scarsi voti in *comunicazione* hanno dimostrato un rischio significativamente alto di incorrere in reclami da parte dei pazienti (Edwards, A., Kinnersley, P., 2008).

Lavorare per obiettivi significa essere meno autoreferenziali e più centrati sul paziente, sugli esiti che si producono. Le ricerche cliniche evidenziano che il significato della comunicazione è la risposta che si ottiene (Thomson, G., Khan, K., 2011). A questo punto è chiaro che **la comunicazione non è ciò che s'intende dire o la scelta delle parole giuste, ma consiste nel creare un'esperienza nell'interlocutore e nel saperne leggere la risposta, per poi agire di conseguenza.** Nella comunicazione professionale il risultato è più importante dell'intenzione. È la reazione che il nostro *modus operandi* provoca nell'altro a informarci in modo sicuro dell'efficacia della nostra comunicazione. Quindi, occorre imparare a considerare questa risposta e variare il proprio comportamento in conseguenza di essa.

Vediamo allora cosa ci può aiutare a produrre buoni risultati nella comunicazione medico- paziente.

### 3.1.3 Strumenti.

Le abilità fondamentali che fanno della comunicazione medico-paziente una funzione clinica strategica si giocano attraverso l'accoglienza, il raccogliere informazioni, l'ascolto e l'informare/guidare. Il tutto deve avvenire all'interno di una particolare cornice, l'empatia, senza la quale le azioni precedenti si vanificano.

#### 3.1.3.1 Empatia.

L'empatia è il recepire lo schema di riferimento di un altro con accuratezza e con le componenti emozionali e di significato a lui pertinenti. Nella pratica della relazione, essa si caratterizza come calore non possessivo, accurata comprensione, accettazione priva di pregiudizi, critiche o biasimo. Il sentirsi compresi facilita il cambiamento. D'altro canto, l'empatia non è identificazione, accordo o approvazione.

Quando e come si crea empatia? Dai primi istanti in cui si entra in contatto con un'altra persona. Il come è strettamente correlato, innanzi tutto, al voler comprendere e rispettare il nostro paziente. Prima di ogni altra cosa è una questione di autentico interesse nei suoi confronti che ci predispone, mentalmente e fisicamente, a essere recettivi e intelligenti, cioè capaci di cogliere il senso e il significato di quanto l'altro ci sta comunicando. Senza il riconoscimento dell'altro, del suo valore, diventa inutile ogni tentativo di aver cura, di stabilire un rapporto significativo nei suoi confronti (Margarino

A., 2008). Quando ci predisponiamo ad ascoltare e comprendere autenticamente un'altra persona si attivano le strutture di facilitazione del rapporto empatico, in primis la sintonizzazione (Gallese, V., 2007). La sintonizzazione è una delle risposte più immediate all'instaurarsi dell'empatia e al contempo è il punto di partenza per crearla, per entrare sulla stessa frequenza del nostro interlocutore e attivare un rapporto propositivo e di collaborazione. Quando si stabilisce questa speciale intesa tra due persone, l'uno sarà portato inconsciamente e più facilmente a rispondere in modo positivo agli stimoli dell'altro. Si crea una vera e propria sintonia, un rispetto psicofisico dei modi e delle parole tra i soggetti della relazione. Chi lavora nel campo della relazione professionale d'aiuto ha fatto esperienza di situazioni in cui, ad un tratto, la comunicazione con l'altro diviene intuizione immediata, comprensione profonda, capacità di riconoscere il significato e il valore di ciò che l'interlocutore esprime.

### 3.1.3.2 Neuroni specchio e comunicazione empatica.

La straordinaria scoperta dei neuroni specchio, realizzata dal team dell'Università di Parma (Rizzolatti, G. 2006), apre un'interessante prospettiva che fornisce una spiegazione neuroscientifica a quanto abbiamo appena scritto. I neuroni specchio, attraverso il *rispecchiamento*, cioè attraverso la simulazione nel nostro cervello delle esperienze vissute dalle altre persone, permettono di comprendere a fondo ciò che queste provano. Il rispecchiamento consente di raggiungere la massima comprensione e sintonia empatica, questa capacità di rispecchiare gli stati espressivi dell'altra persona assume un'importanza fondamentale nelle professioni sanitarie, tanto più che può essere appresa e sviluppata. Dato che il processo di rispecchiamento è immediato non si può parlare di imitazione, ma di comprensione diretta, di un'esperienza interiore che si traduce in azione senza la mediazione dell'astrazione logica. Questa scoperta spiega il fenomeno dell'*empatia* rivelandone una base biologica, dal momento che le strutture neuronali coinvolte quando noi proviamo determinate sensazioni ed emozioni sono le stesse che si attivano quando attribuiamo a qualcun altro quelle *stesse* sensazioni ed emozioni, consentendoci di cogliere il vissuto altrui in una immediatezza e vivacità che fanno della comprensione empatica qualcosa di assolutamente diverso da un ragionamento speculativo.

Miller e Rollnick (2004), nel descrivere la comunicazione empatica ricordano un importante principio della psicologia della percezione, secondo il quale, l'entrare in una sintonia espressiva con l'interlocutore dipende non solo dal percepire e accogliere i vissuti che il suo parlare produce, ma anche dal fatto di restituirli rispettandone senso e forma. Vale a dire che nella comunicazione con il nostro paziente restituiamo sia le parole chiave con cui egli esprime il suo stato che i gesti e le posture significative che lo connotano e lo faremo con rispetto e delicatezza. La rappresentazione di sé che l'interlocutore riceve (che origina da tale rispecchiamento) ha il potere di attivare empatia e compliance. Entrare in sintonia con una persona vuol dire stare al passo con la sua esperienza. Stare al passo della sua esperienza implica non solo consentirgli di provare empatia nei nostri confronti, ma offre anche a chi restituisce di potersi porre nell'ottica dell'altro e di sentire le cose secondo la sua esperienza, di comprendere lo stato in cui questo si trova. Quando siamo impegnati in una conversazione, noi esseri umani tendiamo reciprocamente a imitare le strutture sintattiche dell'altro, chi ascolta rispecchia con la propria lingua la persona che sta parlando. Il rispecchiamento del parlato dell'interlocutore è necessario per poter riconoscere il parlato stesso (Iacoboni, M. 2008). In una conversazione faccia a faccia vi sono altre forme d'imitazione e di allineamento interattivo: i gesti simultanei, l'orientamento degli sguardi, le rotazioni e i ritmi del corpo sono molto importanti nell'aiutarci a comprendere il senso di ciò che viene detto. Gestualità e linguaggio sono un

unico sistema, i gesti, i ritmi del nostro agire sono parte integrante del linguaggio tanto quanto le parole.

### 3.1.3.3 Accoglienza.

I primi momenti in cui due persone entrano in comunicazione sono di grande importanza: proprio in essi si decide la qualità della percezione reciproca. Questo vale soprattutto per quelle situazioni significative ma di breve durata, come sono molti setting medico-paziente. Difatti, praticare la riflessività espressiva è fondamentale nella fase iniziale della relazione, in quanto permette di creare quel clima empatico con cui è poi possibile guidare rispettosamente il nostro paziente. Diverse ricerche (Greco, V., 2008) dimostrano quanto una corretta accoglienza del paziente apra la strada ad una buona compliance e influisca sui risultati finali del rapporto con il medico e con il prendersi cura della situazione. Atti semplici come alzarsi dalla sedia, andare incontro al paziente con un leggero sorriso o comunque una mimica facciale cordiale, un contatto visivo, un saluto e una stretta di mano dettati dal sincero interesse di conoscere e comprendere la persona, accende la percezione di accoglienza e predispone alla collaborazione. Mentre altri atteggiamenti possono risultare fastidiosi, ad esempio, quando si fissa il paziente con insistenza, senza alcun calore nello sguardo o quando lo si degna di uno sguardo appena dopo aver esaminato la cartella clinica. Oppure orientare il corpo in direzioni diverse da quella del paziente e, durante la palpazione, non usare discrezione e non chiedere il permesso per le zone intime.

L'accoglienza prosegue rispettando parole e posture del paziente (eco posturale) e sfocia nella raccolta delle informazioni che continua nell'ascolto.

### 3.1.3.4 Raccolta delle informazioni.

La raccolta delle informazioni avviene osservando la persona e facendole domande. "Il paziente fa una dichiarazione e, in base al suo contenuto e alle modalità di espressione, il medico risponde con una domanda. Una risposta stimola poi un'altra domanda finché il medico non si convince di aver compreso precisamente tutti i dettagli della malattia del paziente" (Tumulty, P.A., 1973). Sembra del tutto facile. In realtà dipende da come formuliamo le domande, quanto sono coerenti alla persona e alla situazione. Ci sono domande chiuse, quelle a cui si può rispondere SÌ/NO. Sono utili per raccogliere informazioni nette e precise. Di contro, possiedono un quoziente informativo basso, stancano l'interlocutore e non sono assolutamente empatiche in quanto non creano dialogo. Qualche esempio: *abita in città? Ha avuto la febbre ieri? La ferita le fa male? E' sposato? Ha preso la terapia oggi?*

Le domande aperte invece non consentono risposte brevi o del tipo SÌ/NO, aumentano le possibilità di risposta, permettono alla persona di esplorare il più liberamente possibile la situazione problematica, non predeterminano la risposta, ma soprattutto facilitano il coinvolgimento e incoraggiano il paziente a parlare, in quanto centrano su di lui l'attenzione e il focus dell'intervento. La persona si sente legittimata a dire cos'è importante per lei. Quando il medico formula una domanda aperta e poi ascolta con interesse la risposta, il paziente apprezza il tempo che gli viene dedicato ed è soddisfatto della relazione. Il medico riesce così a comprendere l'esperienza e la percezione di stato del paziente. Le domande aperte possono aiutare in molte situazioni cliniche. Oltre al fatto che permettono di chiarire i sintomi del paziente, migliorano la comprensione del suo disagio (ad es., l'esperienza di dolore), l'esplorazione di ciò che è successo (ad es., il palesarsi di un sintomo come un fulmine a ciel sereno) oppure misurano la disponibilità a seguire le prescrizioni cliniche. Qualche esempio, dalle più semplici: *Qual è il problema? Come si sente oggi? Mi parli del suo mal di testa. In che modo, questo? Cosa intende con ciò?*

Alle più composite:

*Mi sta dicendo che questa diagnosi le ha prodotto uno shock, quanto è d'accordo con essa?*  
Questa domanda focalizza l'attenzione sul paziente, permette di conoscere il suo sentimento e le sue preoccupazioni al riguardo. Ascoltando con interesse la risposta, si crea una relazione significativa con il paziente, ottima piattaforma per creare collaborazione.

*Cosa la preoccupa maggiormente di questo?*

In tal modo possiamo conoscere la qualità e la pertinenza delle preoccupazioni.

*In che modo questo interferisce con la sua vita?*

Si conosce in che modo il sintomo si colloca nella quotidianità del paziente e si trasmette sensibilità nei suoi confronti.

*Cosa succede esattamente quando avverte questi sintomi?*

Qui si apre la strada alla situazione del paziente, alle parole e ai segni significativi del suo stato. L'ascolto attento ci trasmette l'esperienza vissuta dal paziente e le reazioni ad essa.

*Quanto è importante per lei superare questa situazione?*

Permette di misurare la frattura tra come ci si sente e come ci si vorrebbe sentire, la frattura interiore è un importante indicatore della motivazione di una persona ad entrare in un determinato programma (Miller, W., Rollnick, S., 2004). Vedremo più avanti come la motivazione alla cura sia un fondamento imprescindibile per lo sviluppo effettivo della compliance, nella direzione di far emergere, elaborare e valorizzare le risorse del paziente. In una parola, per accendere il processo di empowerment che dal punto di vista percettivo significa *sentire di avere potere*. Vedremo anche come è possibile in poche battute migliorare la motivazione alla cura, ad esempio usando il *regolo dell'importanza*.

*Quanto è disponibile ad assumere questo stile di vita?*

La disponibilità ad attivarsi in una precisa direzione costituisce un ulteriore fattore della motivazione di una persona (Ibidem, 2004).

*Quanto si sente in grado di mettere in pratica queste indicazioni?*

Questa domanda misura la percezione di autoefficacia, cioè quanto la persona si sente attualmente competente, capace di realizzare il programma discusso.

*Cosa può aiutarla a realizzare questo programma?*

Un'ulteriore possibilità di esplorare le risorse del paziente che permette d'impostare un piano d'azione nella giusta direzione.

Una domanda aperta è un invito: *Vorrei chiederle...?* E' un tipo di domanda che cattura molto bene l'attenzione del paziente, denota l'interesse ad incontrare i suoi bisogni senza anteporgli quelli di altri (Rollnick, S., Miller, R., Butler, C., 2008).

#### 3.1.3.5 Ascolto.

La centratura sul paziente comporta ben altro che essere semplicemente gentili, comporta un ascolto attivo. L'ascolto attivo produce una considerazione della persona e del suo ruolo nell'interazione, ascoltare permette di coglierne i messaggi, di entrare in contatto con lei e di conseguenza costruire una relazione che consenta di sentirsi compresi e accettati. Ma che cos'è un buon ascolto? Innanzi tutto, ribadiamo, è il genuino interesse di comprendere il nostro paziente. E' questo interesse che permette di realizzare un ascolto efficace, senza di esso le tecniche non decollano. Poi bisogna ricordare che domandare non è ascoltare, anche le migliori domande se non sono accompagnate da un ascolto empatico non possono produrre nulla di buono. Una sequela di domande fa sentire la persona sotto interrogazione. Ascoltare è uno stile di relazione che inizia con l'accoglienza, l'osservazione della persona, il contatto visivo, il rispetto delle modalità posturali, sfocia nella domanda aperta e prosegue nel comprendere la risposta. Dopo la risposta del paziente, anziché incalzarlo con una successiva domanda, rimaniamo un attimo in silenzio, mantenendo il contatto non verbale. Una breve pausa di silenzio focalizza tutta l'attenzione sulla comprensione della persona di fronte a noi. E' un momento importante in cui possiamo

cogliere nella reazione del paziente informazioni significative, a volte nascono specificazioni che sarebbero andate perse se il medico non gli avesse lasciato qualche secondo di elaborazione. Il silenzio però non deve prolungarsi, creerebbe disagio. Quindi se non otteniamo una risposta passiamo ad una battuta di ascolto riflessivo, con cui possiamo restituire qualche parola chiave del paziente, un breve riassunto di quanto ci ha detto o un feedback dello stato emotivo. Il paziente potrà confermare o disconfermare l'ipotesi del medico, in entrambi i casi ci avrà fornito un'ulteriore informazione. L'ascolto riflessivo è un'abilità comunicativa estremamente utile. Consiste nel fare delle affermazioni con lo scopo di comprendere il significato che il paziente voleva trasmettere (Rollnick, S., Butler, C., Mason, P., 2003). La persona che riceve una battuta di ascolto riflessivo sente ritornargli quanto lui ha detto. Questo sentire dall'esterno aiuta la persona stessa a chiarire meglio o a sostenersi nel prendere una decisione. Abbiamo già scritto che la dinamica riflessiva costituisce un'opportunità di sostegno e approfondimento nelle relazioni umane. Il medico può riflettere una resistenza del paziente, una sua titubanza, il quale risentendola ha la possibilità di comprenderla/correggerla. Così come ha la possibilità di riflettere una battuta di automotivazione espressa dal paziente, il quale risentendola può approfondirla/rinforzarla. L'ascolto riflessivo aiuta a chiarire l'attribuzione di significato e di valore a quanto il paziente sta dicendo. Esso è una particolare forma di rispecchiamento empatico. E' importante sottolineare il significato che si attribuisce al termine *riflessivo*. Non ci si riferisce alla funzione cognitiva del riflettere, bensì alla dinamica del rispecchiamento, quindi alla possibilità di riflettere che ha uno specchio. E' questa la dinamica che aiuta la persona a risentire, a rivedere la trama della propria esperienza soggettiva, che la aiuta a rimettere ordine tra i vari passaggi e che a volte, in risposta ad una battuta di ascolto riflessivo del medico, le fa esclamare "*interessante, è la prima volta che vedo le cose in questo modo*". E quel modo è esattamente quello che il medico ha colto nelle parole del paziente e che ha restituito. Prodiggi dell'ascolto empatico quando facciamo attenzione ai dettagli e alle sfumature di sentimento nella comunicazione del nostro paziente (Bimbo, A., Scaglia, M., 2008). L'ascolto riflessivo è un'affermazione (non una domanda!) che restituisce ciò che il paziente ha detto (o manifestato in altri modi), filtrato attraverso il nostro apparato mentale, quindi arricchito dalla nostra percezione e dal nostro ragionamento. Le sue principali funzioni sono:

- ☞ restituisce al paziente la nostra attenzione;
- ☞ riconosce e accoglie il suo stato d'animo;
- ☞ genera empatia;
- ☞ permette di stressare alcuni punti del discorso;
- ☞ permette di de-enfatizzare altri punti (e quindi di attivare il processo di elaborazione/decisione/motivazione).

### 3.1.3.6 Informare/guidare/motivare.

Con le modalità descritte finora, si arriva a informare su un terreno propenso a ricevere. L'informazione va strutturata coerentemente alla persona che abbiamo di fronte. In ogni caso, non dobbiamo sovraccaricare il paziente con troppi dati. Suddividiamo le informazioni in parti semplici e facciamo una breve pausa tra un dato e l'altro, in modo da verificare come sta reagendo il paziente, possiamo chiedergli cosa ne pensa di quanto detto, così da personalizzare le istruzioni successive. Il paziente dovrà integrare e applicare le informazioni nella sua vita quotidiana. Quindi per il medico è importante osservare quanto questi comprende il contenuto e l'aspetto emozionale dell'informazione. Le informazioni contengono dati, buone notizie e cattive notizie. La comunicazione di *cattive notizie* è particolarmente delicata e va effettuata con grande attenzione ed empatia. E' importante che il medico comunichi al paziente le valutazioni e/o i vincoli in modo chiaro, neutro e senza



enfasi. E' utile porgere le informazioni come una constatazione di una realtà con cui il paziente dovrà confrontarsi. E' quindi necessario evitare atteggiamenti di biasimo o di critica, oppure eccessivamente esplicativi, direttivi, drammatizzanti o al contrario consolatori. In queste situazioni è frequente che si verifichi una reazione emozionale polarizzata, con un attivazione del sistema nervoso simpatico o viceversa del parasimpatico. Quindi potremmo vedere la persona esprimere rabbia, collera, proteste e frustrazioni. Oppure rinchiudersi ferita nel dolore, nella tristezza, nella delusione. Alla comunicazione di risultati clinici, valutazioni, prescrizioni o vincoli deve seguire quindi un accurato rispecchiamento delle emozioni evocate utilizzando un attento *ascolto riflessivo*, cercando di essere profondamente in contatto con il paziente (postura, contatto oculare). Attraverso un aiuto nell'esplorazione degli effetti e delle conseguenze di questa comunicazione il paziente potrà raggiungere una maggiore consapevolezza della sua situazione e attivarsi per fronteggiarla.

#### 3.1.3.7 Dalla compliance alla motivazione.

L'importanza della motivazione del paziente diviene sempre più ricorrente nella pratica della medicina moderna. Motivazione per entrare in un percorso di cura, per cambiare comportamenti al fine di migliorare le opportunità di restare – o di tornare a essere - in buona salute o per ridurre i danni. Ad esempio, in cardiologia sono significativi comportamenti quali il controllo del fumo di tabacco, il controllo del peso corporeo e del livello ematico dei lipidi, l'alimentazione, l'esercizio fisico. Da un lato il medico desidera che il paziente assuma comportamenti al fine di migliorare le sue opportunità di restare - o tornare ad essere - in buona salute. Dall'altro lato il paziente sa che dovrebbe cambiare il suo stile di vita, ma sa anche che non è facile farlo, e può sentirsi in colpa o sotto accusa per tale situazione di stallo, ed assumere di conseguenza atteggiamenti difensivi e resistere a fare ciò che gli sarebbe utile. Fronteggiare tale problema, secondo il counseling motivazionale (Miller, W., Rollnick, S., 2004)<sup>2</sup>, nel breve tempo disponibile allo specialista e alle équipe professionali, comporta un'impostazione di metodo che parte da una considerazione sugli stili comunicativi. Per l'approccio motivazionale il colloquio in ambito sanitario si svolge attraverso tre fasi:

1. Stabilire un buon rapporto e individuare l'area problematica;
2. Valutare la motivazione in quell'area;
3. Intervenire, tenendo conto del profilo motivazionale del paziente (Rollnick, S., Butler, C., Mason, P., 2003).

Il punto 1. è già stato trattato parlando di comunicazione empatica, di ascolto e di trasmissione delle informazioni.

Un modo semplice ed efficace di valutare la motivazione ad attivarsi del paziente è quello di misurare l'importanza attribuita allo stato di salute nell'area esaminata e/o la preoccupazione per l'aggravarsi della situazione. Lo si può fare con poche semplici domande. Ad esempio usando il *regolo dell'importanza*.

Medico. Da 0 a 100, quanto è importante per lei smettere di fumare?

Paziente. Ma, diciamo 60.

Medico. Diciamo 60. E perché non 30?

Paziente. Be', perché **seno che sarebbe una buona cosa per me**.

Medico. Sente che sarebbe la cosa che potrebbe fare. E cosa le servirebbe per arrivare a 90?

Paziente. **Si, trovare un aiuto per farlo davvero**.

---

<sup>2</sup> Il counseling motivazionale è un'abilità comunicativo/relazionale di livello elevato. Per impadronirsi di questa abilità sono necessarie la pratica, la consapevolezza di quanto si sta facendo in un determinato momento e di come sta rispondendo il paziente Per informazioni: [antonio.bimbo@scuoladicounseling.it](mailto:antonio.bimbo@scuoladicounseling.it).



Medico. Sente che le sarebbe utile un aiuto. Quale delle diverse forme di aiuto vorrebbe scegliere?

Le frasi del medico che sono sottolineate rappresentano delle battute di ascolto riflessivo. Le frasi del paziente scritte in grassetto rappresentano delle affermazioni di automotivazione.

Quando chiediamo al nostro paziente *quanto è importante per lei assumere questo stile di vita che aiuti la sua situazione?* Possiamo ottenere varie risposte. Ad esempio:

- A. 20
- B. 50
- C. 80

A, non è pronto, dobbiamo comprenderne i motivi che possano migliorare la sua motivazione a prendersi cura. Qui l'obiettivo primario sarà quello di mantenere il contatto, costruendo una relazione di accoglienza empatica e di ascolto, che ponga le basi affinché il soggetto si senta compreso. Si forniranno informazioni mirate e si solleveranno dubbi sulle sue convinzioni.

B, Col paziente incerto sul da farsi il counseling motivazionale mette in guardia il medico rispetto al rischio di esercitare forti pressioni per la sua attivazione, poiché questa condotta suscita generalmente resistenze forti che finiscono per aumentare i dubbi. In questi casi è utile che sia il paziente a enunciare i vantaggi della sua attivazione e i rischi della rinuncia piuttosto che a farlo sia il professionista. Il medico potrà aiutare il paziente ad affrontare la propria ambivalenza portando in esame i pro e i contro del suo comportamento, i rischi e i benefici attesi dal cambiamento. In questo modo il medico potrà introdurre, al momento opportuno e in modo appropriato, anche i propri punti di vista.

C, con il paziente motivato il percorso è più agevole, anche se non conviene assumere un atteggiamento prescrittivo, da esperto, a discapito di quello empatico. Il sapere del medico, per sortire l'effetto voluto ed essere efficace, deve misurarsi con lo stato d'animo del paziente rispetto alle proposte di cura, in un processo che si può definire di negoziazione (Guelfi, G. P., Scaglia M., Spiller V., 2001).

In questo *modus operandi*, il medico può essere definito a pieno titolo un professionista della comunicazione, il cui scopo è aiutare le persone ad aiutarsi.

#### 3.1.4 Evidenze scientifiche.

Molte applicazioni degli strumenti di comunicazione efficace a orientamento motivazionale sono stati valutati con trial randomizzati e controllati a livello internazionale, gli esiti sono più che soddisfacenti e confermano l'utilizzabilità del metodo in un gran numero di aree relative alle professioni sanitarie. Qualche esempio.

La visita medica centrata sul paziente e costruita secondo le strategie comunicative motivazionali determina:

- ☞ miglioramento della compliance, intesa non solo come sufficiente aderenza a un trattamento farmacologico, ma anche come adeguata osservanza di tutto l'iter diagnostico e riabilitativo;
- ☞ diminuzione delle ricadute;
- ☞ minori complicanze cliniche;
- ☞ diminuzione delle ospedalizzazioni, (Lugoboni, F., 2008).

Secondo le ricerche di Lundahl B. W. (2010), come ci si può aspettare da un approccio centrato sul paziente, lo stile comunicativo motivazionale produce tali effetti attraverso l'abilità del medico di sviluppare relazioni di tipo empatico, generatrici di stati d'animo e attitudini quali collaborazione, apertura, espressione di stati interiori, in una parola di un coinvolgimento attivo del paziente nel processo terapeutico, del quale diventa protagonista.

Abbiamo già citato gli studi di Edwards, A., Kinnersley, P. (2008), che dimostrano la riduzione delle spese per contenziosi nelle equipe mediche formate alla comunicazione centrata sul paziente.

De Blok e collaboratori (2006) hanno studiato gli effetti migliorativi della comunicazione accogliente ed empatica tra medico e paziente nell'area pneumologica e delle affezioni respiratorie per motivare le persone al programma di attività fisica.

Riegel B. e collaboratori (2006) hanno monitorato come la comunicazione empatico/motivazionale migliori il prendersi cura di sé nei pazienti con problematiche di ordine cardiologico.

Skaret E. (2003) espone i risultati di una ricerca che conferma come la comunicazione medico-paziente può facilitare la riduzione delle resistenze degli adolescenti a rispettare le cure dentarie.

Il team di neuroscienziati che lavora sullo sviluppo e le implicazioni dei neuroni specchio, confermandoli come basi della relazione empatica, sostengono che noi esperiamo gli altri come se stessi facendo le loro stesse azioni, sentendo le stesse emozioni, producendo le stesse vocalizzazioni, essendo toccati come loro si stanno sentendo toccati (*i neuroni specchio sono adiacenti ai neuroni motori*). Questo ci permette di partecipare all'azione dell'altro senza doverlo imitare, ci permette di comprenderlo, di entrare in empatia senza dover necessariamente essere d'accordo con i suoi contenuti (Gallese, V. 2007).

Le ricerche sulla *misurazione del facial action coding system* condotte negli States da Ekman P. e Friesen W. V. (2002), dimostrano come nella comunicazione medico-paziente la componente non verbale, la sua coerenza con il verbale, è di grande importanza, specie quando medico e paziente si incontrano la prima volta e si studiano vicendevolmente o quando bisogna comunicare risultati anche molto gravi, come malattie genetiche o tumori, qui più che altrove il medico deve prendere consapevolezza, deve saper accompagnare le parole alla mimica e al gesto.

Una ricerca italiana (Greco, V. 2008) ha analizzato in ambito pediatrico l'importanza della congruenza comunicativa del medico utilizzando anch'essa il metodo della *misurazione del facial action coding system*, i risultati confermano che le difficoltà di comunicazione del medico generano ansia/preoccupazione nei pazienti, mentre la congruenza genera rassicurazione/collaborazione durante la visita.

Infine, Anderson J.P. e collaboratori (1989) hanno dimostrato che ad aspetti empatici della comunicazione tra medico e paziente si correla uno stato di salute migliore. La comunicazione influenza dunque la salute dei pazienti e deve essere tenuta in considerazione nell'erogazione dei servizi sanitari.

### 3.1.5 Conclusioni.

Nell'atto medico la componente tecnica e la componente relazionale sono legate indissolubilmente. La malattia ha importantissime implicazioni psicologiche per il paziente. La comunicazione tra medico e paziente è il terreno sul quale costruire un'alleanza terapeutica che consente di ottenere il miglioramento clinico attraverso l'aderenza ai trattamenti prescritti e attraverso l'elaborazione motivazionale del nuovo status. Il counseling motivazionale applicato alla comunicazione medico-paziente si mostra uno strumento efficace, applicabile dopo training relativamente brevi da parte di specialisti e personale professionale non necessariamente formati come counselor. L'empatia nel colloquio genera nei pazienti una maggiore disponibilità all'accettazione delle indicazioni e, allo stesso tempo, favorisce i processi di motivazione ad assumere comportamenti utili al proprio percorso di cura.

## BIBLIOGRAFIA.

- Anderson, J.P., Kaplan, R.M., Berry, C.C., Bush, J.W., Rumbaut, R.G., (1989) *Interday reliability of function assessment for a health status measure: The Quality of WellBeing Scale*, in “Med Care”, n. 27:10761084.
- Balint, M., (1990), *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano.
- Bimbo, A., (2005), *Il medico e la motivazione del paziente*, “Itaca”, n.26, pp. 81-87.
- Bimbo, A., Scaglia, M., (2008), *Counseling Motivazionale e Neuroni specchio*, in “Atti del convegno nazionale Neuroni Specchio: la relazione empatica tra Scienza, Filosofia, Arte e Cura”, Ferrara, 24/10/2008, pp. 89-92.
- Capunzo, M., (2004), *Medicina e salute: lo spazio dell'educativo*, Edisud, Salerno.
- De Blok, B.M. e collaboratori (2006), *The effects of a lifestyle physical activity counseling program with feedback of a pedometer during pulmonary rehabilitation in patients with COPD: A pilot study*, in “Patient Education and Counseling”, 61 (1), pp. 48-55.
- Edwards, A., Kinnersley, P., (2008), *Complaints against doctors*, BMJ, London, Vol. 336.
- Ekman, P., Friesen, W. V., (2002), *Facial Action Coding System – The Manual on CD ROM*, Published by Research Nexus division of Network Information Research Corporation, Made in the United States of America.
- Gallese V., (2007), *Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale, Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività*, “Rivista di Psicoanalisi”, LIII, 1, pp. 197-208.
- Ghetti, V., (1995), *La partecipazione del paziente al suo trattamento. Compliance e non-compliance*, Franco Angeli, Milano.
- Greco, V., (2008), *La comunicazione tra pediatra e madre nella struttura ambulatoriale*, “Medico e Bambino”, 9, pp. 597 – 598.
- Guelfi, G. P., Scaglia M., Spiller V., (2001) *Elementi di valutazione della motivazione*, in “La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze”, Franco Angeli, Milano, pp. 267-280.
- Iacoboni, M., (2008) *I neuroni specchio, Come capiamo ciò che fanno gli altri*, Boringhieri, Torino.
- Lugoboni, F., (2008) *Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale*, SEEd, Torino.
- Lundahl B. W. (2010) *A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies*, in “Research on Social Work Practice”, March '10 vol. 20 n. 2, pp. 137-160.
- Margarino, A., (2008), *L'empatia come presupposto della cura*, [on line] URL: <[www.fabbricafilosofica.it/MA/06/03.html](http://www.fabbricafilosofica.it/MA/06/03.html)> [13/01/2011].
- Miller, W., Rollnick, S., (2004), *Il Colloquio Motivazionale*, Edizioni Erickson, Trento.
- Riegel B. e collaboratori (2006), *A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: Mechanisms of effectiveness*, in “Journal of cardiovascular nursing”, n. 21, pp. 232-241.
- Rizzolati, G., Sinigaglia C., (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rizzolati, G., Voza, L., (2008), *Nella mente degli altri*, Zanichelli, Bologna.
- Rollnick, S., Miller, R., Butler, C., (2008), *Motivational Interviewing in Health Care*, Guilford, New York.

- ✂✂ Rollnick, S., Butler, C. , Mason, P., (2003), *Cambiare stili di vita non salutari*, Edizioni Erickson, Trento.
- ✂✂ Skaret E. (2003), *An intervention program to reduce dental avoidance behaviour among adolescents: A pilot study*, in “European Journal of Paediatric Dentistry, n. 4. pp. 191-196.
- ✂✂ Thomson, G., Khan, K., (2011), *PNL per i Medici*, NLP Italy, Milano.
- ✂✂ Tumulty, P.A., (1973). *Obtaining the history. In the Effective clinician*, WB Saunders, Philadelphia.
- ✂✂ Veronesi, U., (2006), *La comunicazione medico-paziente: un aspetto critico della medicina moderna*, [on line] URL: < [www.ordinemedici-go.it/attualita/copy\\_of\\_test](http://www.ordinemedici-go.it/attualita/copy_of_test)> [03/01/2011].
- ✂✂ Wallace, J., Lemaire, J.B., Ghali, W. A., (2009), *Phisician wellness: a missing quality indicator*, “Lancet”, Volume 374, Issue 9702, pp. 1714-21.
- ✂✂ Watzlawick, P., (1977), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.

## **3.2 La comunicazione nell'organizzazione sanitaria.**

### **3.2.1 Introduzione.**

La comunicazione in un'organizzazione sanitaria coinvolge aspetti poliedrici, per rispettare gli obiettivi e lo spazio di questo capitolo, il diritto di chi legge ad un sufficiente approfondimento e la continuità con quanto scritto nel paragrafo precedente punterò esclusivamente sulla comunicazione nella gestione della risorsa umana. L'obiettivo primo per cui è utile investire in risorse umane in un'azienda è la realizzazione della mission. In un'azienda sanitaria le risorse umane sono indispensabili per il buon governo clinico, da un lato per migliorare gli esiti e dall'altro per ridurre i rischi. Risorse umane e obiettivi aziendali sono variabili di un unico sistema. Le organizzazioni sanitarie hanno bisogno di risorse umane rinnovate che portino con sé qualità e competenze aggiornate seppure antiche come la capacità di ascolto profondo, la disponibilità, il rispetto e la creatività. In una parola: la motivazione. Vediamo allora in che modo la qualità della comunicazione dentro un'organizzazione sanitaria può garantire professionisti motivati. Il primo punto da chiarire è rispondere alla domanda: motivati a che cosa? A parte le situazioni in cui un grave disagio personale abbassa la tensione verso l'esterno e generalizza la demotivazione (vedremo che questi casi vanno trattati specificamente), la persona ha una motivazione variabile a seconda dell'oggetto di riferimento. Un medico può essere motivato a lavorare secondo il suo punto di vista e demotivato a farlo secondo l'ottica aziendale. Nascono allora due considerazioni - negoziazione e compliance – che si trasformano in strumenti di lavoro.

### **3.2.2 Strumenti.**

La comunicazione rappresenta una visione sistemica della relazione fra strategia aziendale e gestione delle risorse umane e, va da sé, che quest'ultima partecipa di diritto al processo di programmazione aziendale. I sistemi relazionali non possono essere resi efficienti solo attraverso il controllo. Non è sufficiente dire alle persone cosa fare e come per ottenere il risultato auspicato. Gli individui dentro un'organizzazione hanno bisogno di comunicare, che significa negoziare significati e valori, condividere obiettivi e metodi, sviluppare fiducia e motivazione, aderire a ruoli e procedure, in sintesi, elaborare un contratto psicologico fra sé e l'organizzazione. Tutto questo deve avere un filo d'unione, una ragnatela in verità, una regia in cui come in un'orchestra si sappia che il risultato finale è il prodotto del lavoro di tutti. La complessità delle organizzazioni sanitarie impone di lavorare sulla definizione della mappa aziendale, che disegna per ciascuno il proprio luogo e le vie di collegamento tra il fare specifico e il fare comune, evidenzia, cioè, chi deve fare che cosa e con quali connessioni. Non si può quindi parlare di comunicazione senza parlare di modello organizzativo e di stile di direzione. Per rimanere agli obiettivi di questo scritto ricordiamo che la qualità del comunicare dentro l'azienda è una funzione trasversale, riguarda la direzione con i suoi staff, quanto il singolo professionista nei confronti dei colleghi. Nel presentare alcuni strumenti di riflessione e di lavoro terremo conto di questa utilizzabilità allargata.

Un modello organizzativo interessato a promuovere la motivazione dei professionisti sanitari deve tenere conto dei diversi vettori che concorrono nel definire la qualità di un sistema di lavoro, nella Figura 1 sono schematizzati i principali agenti.



Abbiamo già

ricordato *l'impossibilità di non comunicare* in un sistema, quindi se l'organizzazione è assente sia come definizione della sua mappa che come attribuzione di senso e di valore alle sue funzioni, il risultato sarà che la qualità del lavoro diventerà random, cioè, puramente casuale, in quanto dipenderà unicamente da persona a persona. Il primo requisito diventa quindi la presenza dell'organizzazione che permetterà all'operatore di trovare una risposta alla domanda *Come realizzo gli obiettivi della mia professione*, confrontando e orientando il proprio stile personale allo stile di lavoro del settore/sistema/azienda.

Nell'applicazione del counseling motivazionale alla gestione delle risorse umane si propone una modalità di conoscenza e valutazione dei propri collaboratori semplice, dinamica ed evolutiva che illustriamo nelle tabelle 1 e 2 e nella figura 2.

Tabella 1: Programmazione e direzione per obiettivi.

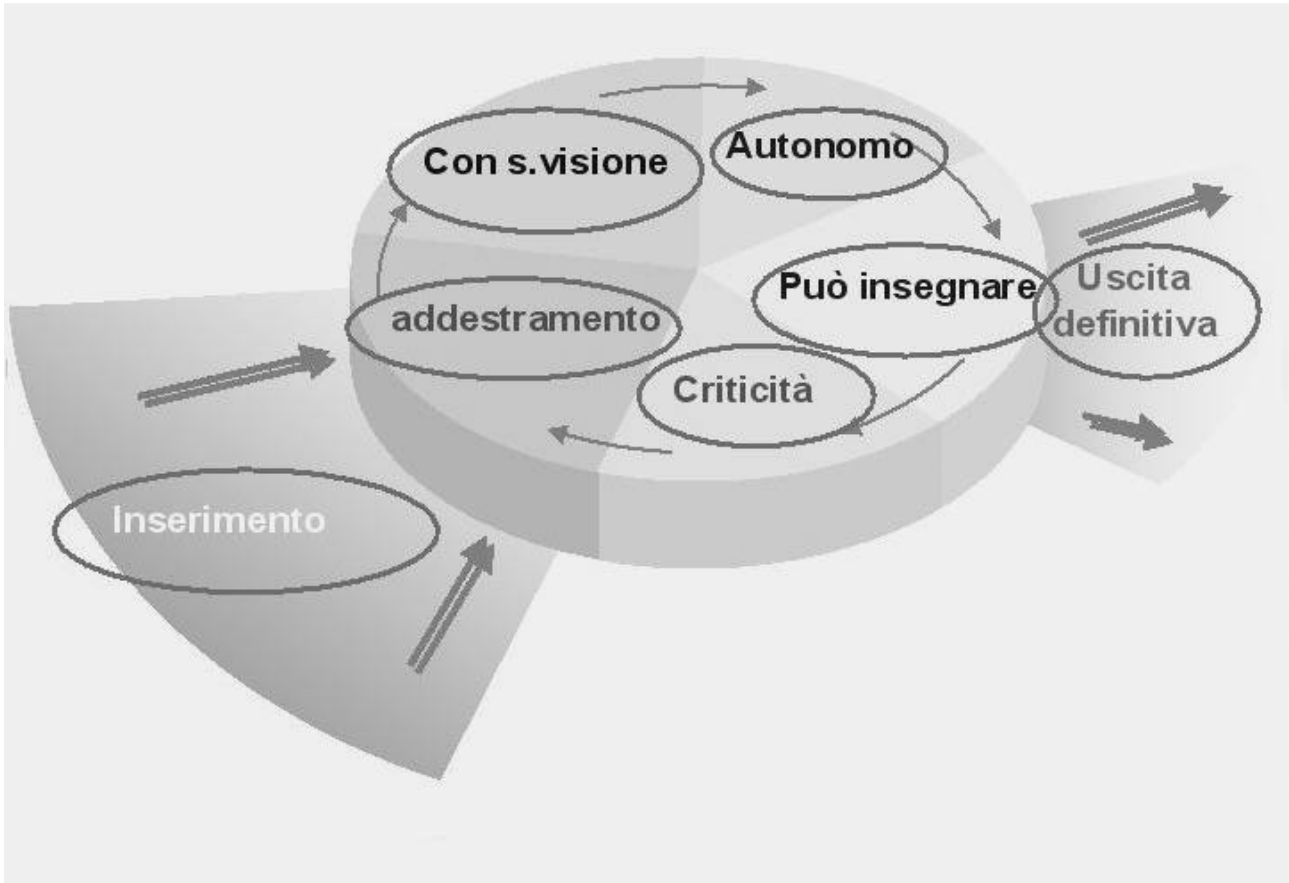
Operatore	Area di lavoro (funzione)	Livello di competenza

Tabella 2: Programmazione e direzione per obiettivi (5 livelli di competenza per ogni area).

1	In fase di addestramento
2	Può fare sotto supervisione
3	Autonomo
4	Può insegnare
5	Criticità

Figura 2: Cinque stadi di competenza evolutiva per ogni area. L'interno di ogni stadio non è monolitico, il sistema è di tipo aperto e circolare, cioè il movimento può avvenire in entrambe le direzioni e con salti di livello. La permanenza non definitiva in ogni stadio, la

possibilità di transitarvi rappresenta un valore, una tensione all'aggiornamento e al cambiamento.



Qualche precisazione. Per assegnare significato a un comportamento (ogni comportamento comunicativo) è necessario osservare la risposta che questo comportamento produce. Quindi utilizzeremo delle ipotesi basate sulle osservazioni di quello che accade dopo l'attivazione di un comportamento, ipotesi sempre sottoposte a nuove verifiche, al posto d'interpretazioni difficilmente verificabili. La seconda precisazione riguarda la valutazione del comportamento: dobbiamo valutare sempre i comportamenti, mai le persone. Ogni persona è qualcosa di molto più importante e composito rispetto ad alcuni suoi comportamenti. Non dobbiamo mai confondere un comportamento della persona con la persona stessa. La persona è il soggetto che elabora, attiva e governa tutti i nostri comportamenti, palesi e latenti.

E' utile valutare il comportamento nei termini di:

**ADEGUATO:** rispetto alla capacità di quel comportamento di raggiungere gli obiettivi.

**APPROPRIATO:** rispetto alla congruenza contestuale di quel comportamento nel sistema di riferimento.

Ogni comportamento può essere valutato su entrambi i parametri. Quindi, utilizzando questa valutazione, non esistono comportamenti giusti o sbagliati in assoluto, non esistono comportamenti buoni o cattivi, ma più o meno adeguati al contesto, al raggiungimento degli obiettivi, alla qualità percepita e di relazione, ai risultati che producono. Un comportamento molto adeguato e appropriato in un contesto può diventare poco adeguato, inappropriato e inefficace in un contesto diverso. In ogni caso, ricordiamoci che *la maestria del cocchiere consiste nel conciliare l'integrità dei cavalli con le esigenze del viaggio.*

Talora i dirigenti ritengono che il loro ruolo gli consenta di occuparsi prioritariamente della programmazione e dello sviluppo delle attività e impegnano molto tempo per questo. Nel contempo più vanno avanti più iniziano a rendersi conto che raggiungere gli obiettivi di servizio non è solo un problema organizzativo. Occorre saper



negoziare e creare compliance, compiti primari che possiamo governare nelle tre principali aree della comunicazione in un'azienda sanitaria:

1. Accoglienza.
2. Gestione del processo motivazionale.
3. Gestione della criticità.

L'accoglienza è lo stadio fondamentale per partire con il piede giusto: in breve tempo abbiamo la possibilità di far conoscere il sistema: regole, stili, obiettivi di lavoro e clima relazionale saranno la cartina al tornasole che illustrerà chi siamo e cosa facciamo.

La gestione del processo motivazionale è trasversale. Miller e Rollnick (2004) sostengono che la motivazione **non** è un *tratto di personalità*, ma piuttosto uno stato mentale e comportamentale in cui la persona si trova in quel determinato periodo, rispetto ad una specifica area d'interesse. La motivazione è uno stato di buona disposizione e di volontà, un desiderio di attivazione, può fluttuare nel tempo e da una situazione all'altra. Ma ancora più importante è che si tratta di un **PROCESSO** suscettibile di essere influenzato. Gli strumenti del counseling motivazionale aiutano a incontrare la persona nel suo percorso di motivazione, facilitando la riattivazione del processo. Lo si può fare monitorando i tre fattori della motivazione, di seguito esplicitati e scritti in neretto.

- ☞ quanto il collaboratore sente di dover cambiare un comportamento a causa del quale si crea una criticità - **frattura interiore**, cioè, la preoccupante *percezione delle contraddizioni* esistenti tra la propria attuale condizione e importanti richieste, valori e obiettivi aziendali (Festinger, L., 2001);
- ☞ quanto si sente capace di un cambiamento in tempi definiti - **autoefficacia**, cioè, la *fiducia nella propria capacità /competenza* di attuare un comportamento prestabilito, di raggiungere un obiettivo specifico (Bandura, A., 2000);
- ☞ quanto è cosciente della criticità e disponibile nel produrre un cambiamento - **disponibilità al cambiamento**, cioè, il grado di *riconoscimento del problema* e di *volontà nel modificare* un comportamento o prendere una decisione al riguardo (Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. 2005).

La correlazione dei risultati di questi tre fattori ci indica lo stadio motivazionale della persona in quel periodo e in quel contesto e ci indica anche su quale fattore dobbiamo intervenire per migliorare la qualità motivazionale. In sintesi, rappresentiamo nella tabella 3 un raggruppamento orientativo dei movimenti motivazionali con le strategie d'intervento più immediate.

**Tabella 3: aree motivazionali e strategie in breve.**

	Non motivato	Incerto	Motivato
<b>Intervento</b>	Mantenere il contatto	Comprendere l'ambivalenza	Sostenere e valorizzare le decisioni e i comportamenti
	Fornire informazioni e vincoli	Far esaminare i <i>pro</i> e i <i>contro</i>	Concordare un piano di azione, e programmare gli sviluppi, rinforzando la scelta e l'impegno
	Evocare dubbi e consapevolezza	Stimolare l'elaborazione di scelte e responsabilità	
	Concordare un piano di azione, seguire gli sviluppi, attivare le verifiche	Concordare un piano di azione, seguire gli sviluppi, attivare le verifiche	

Il primo compito del dirigente che deve gestire una criticità è quello di definire gli obiettivi e di scegliere gli strumenti adatti. Poi, come ogni qualvolta ci si appresta a un intervento comunicativo, dobbiamo chiederci in che modo parliamo alle persone rispetto al proprio comportamento (condotta professionale, assunzione di impegni, risultati raggiunti). In primis, è una questione di stile, e più precisamente, di stile congruente alla situazione. Se si assume un atteggiamento troppo direttivo la resistenza sale. Come riconoscere la resistenza? Ecco un elenco delle modalità più frequenti, dalle semplici alle sofisticate.

- ✂✂ *Lamentite, rimandite, scusite, poltronite.*
- ✂✂ Assenze, ritardi, differimento di azioni e compiti concordati.
- ✂✂ Diverbi e discussioni.
- ✂✂ Interruzioni e distrazioni.
- ✂✂ Negazioni, banalizzazioni, critiche, deleghe.
- ✂✂ Pessimismo, passività e vittimismo.
- ✂✂ Razionalizzazioni, ideologizzazioni e astrazioni.

Il comportamento di chi comunica può invece orientarsi a favorire le espressioni personali e a esercitare una funzione di guida, in tal modo aumentano le possibilità di comprensione/ collaborazione e le affermazioni nella direzione del cambiamento (Bimbo, A. 2010). Gli stili comunicativi in questi casi si raggruppano in Dirigere, Guidare, Seguire (Donna, G., Nieddu, S., Bianco, M. 2001). Il dirigente deve sapersi muovere in tutte e tre le modalità. Le ricerche sulle applicazioni del counseling motivazionale ritengono, però, che lo stile più appropriato sia la guida attiva (Miller, W., Rollnick, S., 2004). E' il professionista che guida il dialogo: la guida può essere a bassa o ad elevata intensità. Si tratta di una regolazione fine, attraverso cui il professionista *taglia* su misura la direzione che sta dando al colloquio, in base alla capacità dell'interlocutore di tollerarla. Vediamo due esempi di conduzione di uno stesso colloquio, uno con stile direttivo centrato sul dirigente, l'altro con stile di guida centrato sull'interlocutore.

Tabella 4: dirigere nella pratica.

<p>•<i>Dirigente</i>: Le analisi dimostrano che i reclami sono troppo alti nel suo reparto (<i>informazione</i>). Questo significa che lei deve davvero cambiare modo di fare (<i>ingiunzione</i>). Ha pensato da dove deve cominciare (<i>domanda chiusa</i>) ?</p> <p>•<i>Collaboratore</i>: Beh, non è così facile. Ho provato ma ... sa come vanno queste cose; voglio dire, non è così facile col mio lavoro, sempre a correre e sempre in fretta e furia, e,</p>
--

beh, si affrontano le cose come capitano e poi si continua ... (*tentativo di spiegazione*)

- Dir:* Potrebbe cominciare con il pianificare il lavoro (*suggerimento*).
- Coll:* Certo, potrei; ma sono così indaffarato alla mattina, mettere in moto tutto il reparto, e poi va a finire che non mi fermo mai. E allora la scelta più facile diventa prendere la decisione lì per lì (*tentativo di giustificazione + resistenza*).
- Dir:* .... Bene, il mio consiglio è semplicemente che lei assuma questo problema come una priorità (*prescrizione*).
- Coll:* Sì, bene, grazie dottore... ora devo andare. (*resistenza + tentativo di sottrazione*).

Tabella 5: Guidare in pratica.

- Dirigente:* Le analisi dimostrano che i reclami sono troppo alti nel suo reparto. (*informazione*) Mi chiedo che cosa lei ne pensa (*domanda aperta seguita da ascolto*).
- Collaboratore:* Non saprei. Non mi stupisce, però, perché è dura andare avanti sempre di corsa, ed ora arriva anche questa preoccupazione (*tentativo di spiegazione*).
- Dir:* Mi sta dicendo che nel suo reparto ci sono sempre molte cose da fare (*ascolto riflessivo*).
- Coll:* Esattamente, ma so bene che devo stare attento a quel faccio (*affermazione automotivante*).
- Dir:* In che modo? (*domanda aperta seguita da ascolto*).
- Coll:* Dovrei stare più attento alle lamentele; lo so, ma non è affatto facile (*affermazione automotivante + tentativo di giustificazione*).
- Dir:* Che cosa pensa che si potrebbe ragionevolmente fare? (*domanda aperta centrata sull'interlocutore*).
- Coll:* Un po' più di attenzione alle persone, magari... (*affermazione automotivante*)
- Dir:* Bene, un po' di attenzione in più alle persone sarebbe di grande aiuto. (*ascolto riflessivo focalizzato sull'affermazione automotivante*). Mi domando cos'altro sarebbe utile fare (*domanda aperta centrata sull'attivazione delle risorse del collaboratore*).

Quest'ultimo stralcio di colloquio rappresenta una forma delicata di guida, in cui il dirigente è centrato sull'interlocutore, calibra così la sua comunicazione e l'immagine che ne scaturisce è quella di una danza. Mentre il primo esempio ricorda di più una lotta, in cui il dirigente, seppur educatamente, è interessato a vincere l'avversario, anziché elicitare una compliance che vada nella direzione di una risoluzione della criticità.

### 3.2.3 Counseling aziendale: Sportello di Ascolto e Consulenza.

Nelle aziende i momenti di difficoltà professionale, i disagi e le insoddisfazioni influiscono sulle prestazioni lavorative e rallentano il processo di crescita formativa e produttiva del soggetto, perturbando pesantemente il clima relazionale e organizzativo, incrementando le vertenze, l'assenteismo e il tasso di turnover (Caiozzo P., Vaccani R., 2010). L'obiettivo di un Servizio di counseling<sup>3</sup> è quello di attivare interventi precoci atti a prevenire o ridurre il danno, a sbloccare la demotivazione, risolvere contenziosi, affrontare il burnout. Il counseling aziendale è un servizio di relazione d'aiuto al cliente interno che mira al ripristino del benessere del professionista, valorizzando le capacità individuali e indirizzando le energie e le motivazioni dei singoli verso sviluppi coerenti con le esigenze dell'azienda. Quando sul posto di lavoro diventa difficile la convivenza, la condivisione di un progetto, la relazione con i colleghi; quando s'incrina la coesione organizzativa, viene meno l'integrazione dei progetti personali con quelli aziendali o vi sono persistenti difficoltà

<sup>3</sup> Un esempio è dato dalla "Clinica del Lavoro L. Devoto", inserita nella struttura pubblica "Ospedale Maggiore Policlinico" di Milano; per approfondimenti, si veda il sito aziendale all'indirizzo: <http://www.cdldevoto.it>.

motivazionali, si rende necessario un intervento specifico. Non si tratta di fornire al soggetto soluzioni già pronte, ma di favorire un percorso di consapevolezza/ responsabilizzazione che aiuta la persona a sbloccare la situazione, a prendere una decisione congruente, attraverso l'esplorazione e la riattivazione delle proprie risorse e capacità. I disagi personali si riflettono sull'ambiente lavorativo incidendo profondamente su di esso e sulle relazioni interpersonali (Fulcheri M. et al., 2008). A tal fine lo *Sportello di Ascolto e Consulenza* si rivela importante per offrire aiuto e sostegno al singolo, per ristabilire gli equilibri all'interno del proprio contesto lavorativo. La tutela del benessere del professionista favorisce un aumento della qualità del lavoro e della qualità di vita in azienda, di conseguenza realizza un più facile raggiungimento degli obiettivi d'impresa. L'individuo sotto stress, frustrato, teso è indebolito nella sua capacità lavorativa e relazionale, di conseguenza diviene scarsamente d'aiuto a sé, al suo gruppo, all'azienda e alla sua immagine. Il miglioramento delle prestazioni professionali non passa solo attraverso l'apprendimento di nuove competenze, ma soprattutto attraverso una revisione dell'assetto motivazionale, che ricarichi la persona portandola a rielaborare posizioni mentali e comportamentali ostacolanti. Il Counseling motivazionale in azienda si applica con profitto in un'ampia gamma di problematiche, quali la gestione dei talenti, l'aiuto della persona nel momento di uno sviluppo importante di carriera; nei programmi di coaching, per rivedere orientamenti mentali e comportamentali disfunzionali agli obiettivi di sviluppo; nella gestione di casi di mobilità o di ristrutturazioni organizzative che richiedono un recupero motivazionale delle risorse umane.

In sintesi, le aree d'intervento del Counseling aziendale sono:

- ✂✂ Manutenzione delle buone prassi comunicative all'interno dell'azienda;
- ✂✂ Intervento sulle criticità in ordine alla motivazione, collaborazione;
- ✂✂ Sostegno e negoziazione in situazioni conflittuali e di disagio;
- ✂✂ Facilitazione di decision making sul proprio *modus operandi*, sia verso la permanenza che l'uscita dal sistema.

### 3.2.4 Conclusioni.

La comunicazione in azienda assolve a due obiettivi fondamentali e trasversali: la sicurezza e la valorizzazione delle diverse componenti del sistema. Inoltre, quando è ben gestita le ricerche evidenziano che diviene il cardine dell'efficacia dell'impresa (Pedon A., Maeran R., 2007). La comunicazione motivazionale in azienda agisce tramite la guida attiva, l'empatia e la centratura sulla persona. Le ricerche confermano che la motivazione ruota attorno a tre grandi variabili (Costa G., 2010):

- ✂✂ le energie personali (fisiche e psicologiche);
- ✂✂ la percezione e il riconoscimento di competenza;
- ✂✂ le aspirazioni, mete, ideali, obiettivi, mission, sfide, valori.

La considerazione da parte del dirigente dello stato motivazionale del collaboratore e l'applicazione di tecniche di facilitazione e di ascolto, favoriscono la rielaborazione della situazione professionale. Nei casi di demotivazione e disagio più consistente, uno *Sportello* di Counseling aziendale permette di attivare un supporto alla persona o al gruppo al fine di verificare la riattivazione di una sufficiente coerenza tra istanze del professionista e esigenze dell'organizzazione. Un sistema è sufficientemente coerente quando diviene un insieme composito e diversificato di parti correlate e concertate. D'altronde, ciascuno di noi ricerca la coerenza interna del proprio modello del mondo, che ci permette di ricercare la coerenza esterna nel mondo e negli altri: questo è ciò che in fondo passa nella comunicazione. La comunicazione è la ricerca di una comunione che si ottiene allorquando percepiamo coerenza, vale a dire quando noi ci sentiamo parte significativa di un insieme (Sary P., 1990).

## BIBLIOGRAFIA.

- AA. VV., (2003), *L'approccio motivazionale*, in "Itaca", n.19/20, Roma.
- Avallone, F., Bonaretti, M., (2003), *Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbettino editore, Roma.
- Bandura, A., (2000), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Erikson, Trento.
- Bimbo, A., (2010), *Gestione del Personale Sanitario*, Dispensa a uso del Corso "Organizzazione e Gestione delle Risorse Umane", Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Ferrara.
- Caiozzo P., Vaccani, R., (2010), *Le cause organizzative del mobbing. Se il malato fosse l'organizzazione?* Franco Angeli editore, Milano.
- Costa G., (2010), *Le cause organizzative del mobbing*, Relazione al convegno del 19/10/2010, Milano.
- Costa, G., Gianecchini, M., (2005), *Risorse umane. Persone, relazioni, valore*, McGraw Hill, Milano.
- Donna, G., Nieddu, S., Bianco, M., (2001), *Management sanitario: modelli e strumenti per gli operatori delle aziende sanitarie*, Centro scientifico editore, Torino.
- Festinger, L., (2001), *Teoria della dissonanza cognitiva*, Franco Angeli editore, Milano.
- Fulcheri, M. et al., (2008), *Benessere psicologico e mondo del lavoro*, Centro scientifico editore, Torino.
- Miller, W., Rollnick, S., (2004), *Il Colloquio Motivazionale*, Edizioni Erickson, Trento.
- Pedon, A., Maeran, R., (2007), *Psicologia e mondo del lavoro*, LED, Milano.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (2005), *The transtheoretical approach*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147-171), New York.
- Ricci Bitti, P. E., Caterina, R., (1994), *Comportamento non verbale e comunicazione*, in "Ricerche di Psicologia", n. 18, 1, pp. 51-74.
- Sary, P., (1990), *La strategie de la Programmation Neuro Linguistique dans l'entreprise*, Editions Retz, Paris.
- Trevisani, D. (2009), *Psicologia delle performance e del potenziale umano. Concetti, metodi, strumenti operativi*, Franco Angeli editore, Milano.