

## PSICOLOGIA CLINICA

### UMANIZZAZIONE DELLA MEDICINA

*Quello che troppo spesso chiamiamo un caso clinico, in realtà è un essere umano come noi, un padre che ha giocato con i propri figli, una sposa con cui si è condivisa gran parte della vita, una figlia che si è tenuta per mano, un amico con il quale si sono divisi momenti di gioia e sofferenza.  
Per noi medici è un "caso", per gli altri quel paziente rappresenta tutto il mondo*

Per aiutare il paziente, considerandolo come una **persona "intera"**, cioè dotato non solo di un corpo da curare, ma anche di una psiche del quale prendersi cura

#### OCCORRONO COMPETENZE

Competenze tecniche, ma non solo ....

... servono anche le competenze umanistiche, relazionali, comunicative.

Come è accaduto in altri campi, anche la medicina ha vissuto negli ultimi trenta anni un cambiamento, volto a recuperare la **soggettività del malato**

Per un lungo periodo l'interesse è stato rivolto ad una dimensione prettamente tecnologica, dimenticando spesso che dietro un caso clinico ci sono un uomo, una donna, un bambino portatori di un loro mondo affettivo e relazionale.

L'umanizzazione della medicina

- La comparsa del **paradigma biopsicosociale** ha permesso il recupero di una visione sistemica e non riduzionista dell'essere umano.

approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori **biologici** (genetici, biochimici, ecc.), fattori **psicologici** (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici)

- Questo ha comportato un cambiamento nel concetto stesso di **SALUTE**: non più solo assenza di malattia, ma benessere, buona qualità di vita e sviluppo del proprio potenziale.

### DAL PARADIGMA BIOMEDICO AL PARADIGMA BIOPSICOSOCIALE

PARADIGMA BIOMEDICO	PARADIGMA BIOPSICOSOCIALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzionismo biologico: passivizzazione del paziente: il malato ha solo il compito di elencare i sintomi</li> <li>- ricerca la causa solo nell'organo malato ⇒ il focus è sulla malattia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si sofferma sulla salute, anziché sulla malattia, sulla prevenzione anziché sul rimedio.</li> <li>- mente e corpo non sono più distinti</li> </ul>

A partire dagli anni 80 è aumentata l'informazione sanitaria facilmente accessibile alle persone tramite trasmissioni televisive, riviste, e successivamente all'utilizzo di internet

- I pazienti essendo più informati (anche se spesso non in possesso di strumenti critici per valutare adeguatamente il valore reale delle notizie), hanno iniziato a reclamare ↴

#### UN MAGGIOR POTERE DI SCELTA ALL'INTERNO DEL PERCORSO TERAPEUTICO

Dal modello paternalistico di medico, dove il medico decideva, si è passati ad un processo di contrattazione, dove il **paziente è diventato interlocutore** e partecipa alla condivisione del progetto terapeutico

Allo stesso tempo è aumentato il contenzioso e le spese assicurative per il personale sanitario.

- Si è giunti pertanto alla necessità di una specifica formazione degli operatori sanitari volta ad acquisire gli strumenti adeguati per mantenere una buona relazione con il paziente ed i suoi familiari
- Conoscenza di base delle dinamiche psicologiche degli operatori e dei pazienti che influiscono sulla buona qualità dell'intervento.

*La qualità umana dei curanti fa la differenza!*

- Essere accolti all'interno di una struttura sanitaria con umanità e disponibilità rende più vivibile e meno stressante l'esperienza della malattia
- Al contrario sentimenti di sfiducia e risentimento verso la struttura ed il personale vanno ad aggravare il disagio del paziente

- L'umanizzazione dei trattamenti produce collaborazione, riduzione della conflittualità, minori denunce di tipo giudiziario, minore stress e sofferenza
- Tutto questo si traduce in una maggiore **soddisfazione del paziente** e porta ad una sua **migliore qualità di vita**

### **Ciò che fa la differenza**

*Malcom Gladwell (2005) scrive: il rischio di essere citati in giudizio per negligenza ha ben poco a vedere con il numero di errori commessi da un medico. L'analisi dei procedimenti di questo genere indica che vi sono bravissimi medici che finiscono spesso in tribunale e medici che fanno un sacco di errori che non vi finiscono mai ....In questo tipo di cause ricorre continuamente l'accusa, da parte dei pazienti, di essere stati liquidati in fretta e furia, trascurati o trattati bruscamente.*

*Insomma, per sapere quante probabilità ha un chirurgo di finire sotto processo, non è necessario informarsi dettagliatamente su come opera: quello che conta è capire come vanno i suoi rapporti con i pazienti.*

*Cosa interessante, la quantità e qualità di informazioni che davano erano le stesse ... La differenza stava soltanto nel modo come parlavano con loro!*

C'è differenza tra una medicina centrata sulla persona e una centrata sulla malattia

- Centrarsi sulla persona è fondamentale per il conseguimento di risultati clinici migliori

### **L'APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE**

- L'approccio medico tradizionale, che pur ha consentito grandi progressi nella medicina, è stato un approccio che tendeva alla passivizzazione del paziente: il focus è sulla malattia ed il malato ha solo il compito di elencare i propri sintomi
- Focalizzarsi solo sulla malattia fa correre il rischio di perdere di vista le persone che ne sono affette. Far prevalere gli aspetti tecnici e tecnologici vuol dire focalizzare l'attenzione sui singoli organi e sulle patologie a scapito della complessità dell'essere umano

L'obiettivo invece da raggiungere è: **CURARE LE PERSONE E NON SOLO I LORO ORGANI!**

L'**approccio biopsicosociale** invece ha un vantaggio intrinseco derivante dal rovescio di prospettiva: si sofferma infatti sulla salute anziché sulla malattia; sulla prevenzione anziché sul rimedio; sul benessere anziché sulla cura.

Tale cambiamento dà alla persona la capacità di influenzare la propria salute modificando il proprio comportamento, di ridurre la morbilità e di incrementare il proprio benessere

L'attenzione si sposta infatti dall'idea di paziente a quello di cittadino impegnato a tutelare e promuovere la propria salute.

Numerosi Autori (Rogers, Szasz, Balint, Jaspers, Illich) hanno suggerito con le loro teorie questo cambiamento di prospettiva, una medicina centrata sulla persona o sul paziente, nella quale l'utente è **protagonista attivo nel processo di tutela della propria salute**, nella partecipazione alle scelte terapeutiche e nel recupero del proprio equilibrio psico-fisico.

- Una medicina centrata sul paziente si basa sulla comunicazione e relazione interpersonale (tra paziente ed operatore sanitario)
- Un dialogo aperto e rispettoso ha una valenza terapeutica
- L'incontro crea fiducia e facilita l'alleanza terapeutica ed è un'occasione di scambio significativo dal punto di vista umano, sia per il paziente che per l'operatore

L'umanizzazione della medicina, il rispetto della vita e dei valori della persona e l'autodeterminazione delle cure non possono prescindere dal dialogo franco e aperto al servizio del percorso di cura

- Principi sanciti dalla Costituzione della Repubblica italiana, ribaditi dalla riforma sanitaria del 1978 e da tutta la normativa sanitaria successiva, dai quali emerge come la valorizzazione della comunicazione con il paziente sia parte integrante della prestazione professionale.

## Cosa vuol dire essere malato ?

La malattia è un'esperienza stressante per l'individuo perché per tutta la sua durata, per quanto breve essa sia, ne sconvolge l'esistenza.

### LA MALATTIA

- Nel momento in cui l'individuo viene dichiarato "ufficialmente" malato la sua vita cambia completamente
- Da persona autonoma diviene una persona non più autonoma
- Cambia, a volte per poco, a volte per molto il suo stile di vita

Il tempo della malattia è un tempo di sospensione in cui la persona è sostanzialmente sola con se stessa e con la rabbia, la disperazione e la paura di essere "tagliato fuori dalla vita" e per il decorso e l'esito della malattia stessa

La malattia ha inoltre dei riflessi sociali immediati non solo nella mancata attività dell'ammalato, ma anche sull'**organizzazione familiare** (esempio mamma/padre con il figlio)

⇩ Nella famiglia del malato tutto deve essere riorganizzato: devono essere ridistribuiti i compiti e ciascuno deve farsi carico delle necessità del malato stesso.

- La malattia colpisce non solo il corpo, ma anche la sfera emotiva ed intellettuale, cioè colpisce la **persona intera**.
- La persona reagisce richiudendosi in se stessa, operando un disinvestimento dall'ambiente esterno e centrando tutto il proprio interesse su di sé.
- Questo perché la malattia è un evento potenzialmente capace di intaccare l'identità della persona e la persona cerca di difendersi da questa eventualità.

### DIFFERENZE DI GENERE

- Differenze tra uomini e donne possono essere riconducibili alla diversità biologica, ma mediate anche da fattori sociali, come il livello culturale, il reddito, la cultura di appartenenza
- L'aspettativa di vita è più alta per le donne, ma tuttavia sembrano più vulnerabili rispetto ai maschi a contrarre malattie e a trovarsi in condizioni di disabilità fisica (Estes e Linkins, 2000)
- Secondo alcuni autori, questa condizione è riconducibile alla qualità della vita, che per le donne sembra essere aggravata dallo stress legato agli impegni nell'ambito familiare (cura della casa e dei figli) ed in ambito lavorativo (Lorber, 2000)
- Altri autori sostengono invece che il lavoro sia un fattore protettivo rispetto alle condizioni di salute perché incide sul livello di autostima, sulle reti sociali e sulle possibilità di supporto.



### L'OSPEDALIZZAZIONE

L'ospedalizzazione rappresenta un ulteriore evento stressante che va ad aggiungersi alla malattia.

- L'ospedalizzazione sancisce la gravità della malattia
- La persona prova normalmente ansia, perché si sente "rinchiuso" in un luogo dal quale non potrà uscire se non dopo il parere favorevole di chi lo sta curando.

Il passaggio dalla propria casa e dalle proprie abitudini ad un luogo di cura dove prevalgono i bisogni dell'istituzione, non avviene mai senza ansie ⇨ Il personale ospedaliero tende in genere a sottovalutare i problemi posti dal primo impatto.

In ospedale il malato deve esibire il proprio corpo davanti a persone ⇨ sconosciute, spesso di sesso diverso

Il corpo del paziente, una volta ridotto allo status di corpo malato, può divenire oggetto di pratiche assistenziali che sottolineano il venir meno di alcune attenzioni al contatto interpersonale

- Per il personale curante, toccare il corpo dei pazienti è un'attività quotidiana, ovvero in ambito ospedaliero il corpo viene continuamente toccato dagli operatori
- A volte gli operatori si dimenticano di tener conto del senso del pudore che il paziente esprime
- Mostrare le parti più intime può far nascere sentimenti di imbarazzo e di vergogna

In alcuni casi l'esposizione del corpo e la sua manipolazione possono essere vissuti come una vera e propria violenza o come una **svalutazione, denigrazione della personalità**, che può far emergere anche sentimenti di aggressività ed ostilità

I fattori di stress legati all'esperienza ospedaliera emersi da uno studio (Volicer, Isenberg, Burns, 1977) effettuato all'interno di reparti di medicina e chirurgia:

- Mancanza di comunicazione con gli operatori
- Mancanza d'informazione sulla diagnosi
- Mancanza d'informazione sui farmaci somministrati
- Mancanza di risposte da parte degli operatori alle loro domande
- Mancanza di un linguaggio comprensibile, per l'utilizzo di una terminologia tecnica
- Mancanza di tempo da parte degli operatori che sempre indaffarati non si fermavano mai a parlare

In definitiva i pazienti si lamentavano del fatto che gli operatori non li trattavano come persone, ma come **elementi variabili** del paesaggio ospedaliero!

Può accadere che di fronte ai sintomi di un tumore al seno, la donna preferisca "non vedere"

- è un meccanismo di difesa
- il nostro io ci protegge dall'ansia

## IL BAMBINO OSPEDALIZZATO

### PROBLEMI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI

#### IL TRAUMA EMOTIVO CHE ACCOMPAGNA L'OSPEDALIZZAZIONE

- La sofferenza causata dalla malattia fisica, la separazione dalla famiglia, l'ingresso in un ambiente estraneo come l'ospedale e la mancanza di stimolazioni adeguate, sono tra le cause più frequenti del **disagio del piccolo paziente** (importante la partecipazione dei genitori)
- In questi ultimi anni sono stati fatti notevoli progressi in campo pediatrico dal punto di vista della salute fisica. Viene però segnalata da più fonti una lacuna per quanto riguarda la presa in carico delle problematiche del bambino ricoverato.

(far trascorrere più serenamente quella che è l'esperienza ospedaliera: anche attraverso il gioco)

L'esperienza del ricovero in ospedale può risultare per il bambino traumatica

- E può essere tanto più traumatica quanto più gravi sono i problemi psicologici causati dalla malattia che lo ha colpito (la malattia crea un disequilibrio, e c'è bisogno di un adattamento)
- La malattia fisica rappresenta infatti un evento che determina la **rottura di un equilibrio** precedentemente raggiunto e quindi presuppone un nuovo adattamento
- La malattia produce un cambiamento delle abitudini di vita ed una restrizione delle possibilità di condurre una vita autonoma

In ospedale il bambino si trova costretto ad interrompere i suoi rapporti con l'ambiente esterno

Si trova costretto a diminuire le sue possibilità di movimento

E' sottoposto ad una serie di restrizioni alimentari

E soprattutto deve dipendere totalmente dall'adulto

Queste restrizioni assumono rilevanza da un punto di vista psicologico perché implicano un ritorno a tappe di sviluppo e ad un comportamento più infantile, cioè comportano una **REGRESSIONE**

Tanto più sarà lungo il periodo di degenza ospedaliera e tanto sarà più difficile per il bambino, una volta tornato nel suo ambiente familiare, riappropriarsi di quelle funzioni legate all'autonomia apprese precedentemente.

In alcuni casi possono restare, anche per periodi piuttosto lunghi, comportamenti come: difficoltà di alimentazione, disturbi del sonno, linguaggio ridotto.

## IL BAMBINO CREDE CHE LA MALATTIA NON ABBAIA UNA CAUSA ESTERNA, MA SIA GENERATA DA UNA SUA COLPA E RAPPRESENTI PERTANTO UNA GIUSTA PUNIZIONE

↳ Questa convinzione può provocare nel piccolo malato un sentimento di colpevolezza che può indebolire la sua spinta alla guarigione, creando così delle reazioni di passività

## CARTA DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEL PAZIENTE

Il bambino ricoverato ha diritto:

- presenza costante di almeno un genitore
- ad aver spazio interno per lo studio, la socializzazione e il gioco (partire dal gioco)
- ad aver collegamenti con la scuola
- ad essere tutelato con l'intervento del Giudice Minorile, nel caso in cui l'esercente la potestà tutoria neghi il consenso ad attività diagnostiche, terapeutiche o assistenziali ritenute necessarie per la vita del minori.
- pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico

...e altro

## INDICAZIONI DI COMPORTAMENTO CON IL BAMBINO

### DA NON FARE

Essere insensibili al pianto del bambino  
Manipolare il bambino come un oggetto  
Cercare di forzare e modificare un comportamento  
Far eccessivo uso di rimproveri  
Usare vocaboli impositivi  
Dare regole rigide  
Ottenere che il bambino sottostia alle manovre mediche dopo averlo impaurito

### DA FARE

Comprendere perché il bambino si agita o piange e rimuoverne i motivi rapidamente  
Comprendere cosa vuole esprimere con i suoi comportamenti, con i suoi capricci o atteggiamenti oppositivi  
Spiegare al bambino qualunque azione viene fatta su di lui  
Rispettare i tempi necessari per accettare e metabolizzare le spiegazioni che gli si danno  
Favorire attraverso il gioco l'identificazione con il personale sanitario

- Per l'operatore non è facile mantenere un distacco emotivo dal paziente, e ancor di più se si tratta di un bambino
- Lavorare con bambini malati è fonte di difficoltà psicologiche, in quanto l'operatore può entrare in ansia all'idea di non poter far nulla di fronte alla sofferenza, può sentirsi impotente e incapace, svalutare la propria professionalità e provare sensi di colpa per non essere riuscito a intervenire in modo risolutivo
- L'operatore può diventare molto distaccato, freddo e frapporre una barriera emotiva fra sé e il piccolo paziente e diventare anche piuttosto aggressivo nei confronti delle figure genitoriali (ritenuti ottimi capri espiatori)

Un'altra paura può riguardare la **manipolazione del bambino** e il timore del fargli del male sia in senso fisico, che psichico

- Questo spiega il tentativo di evitare di parlare con il bambino della sua malattia, del dolore che questa comporta, delle possibili conseguenze
- Il loro lavoro diventa quindi tecnico e routinario senza un rapporto vero con i bambini e i loro genitori

### **Ciò che è importante sapere**

- Indicazione importante per gli operatori sanitari è quella di prendere atto che il loro lavoro deve sempre essere rivolto alla coppia genitore/bambino, ed in particolare apprendere che possono allearsi con il genitore per riuscire a curare meglio il bambino
- Un'altra indicazione importante è quella di lavorare sul singolo individuo, di strutturare il lavoro in modo da poter osservare e parlare, in una parola conoscere tutti gli aspetti di quel bambino particolare, perché solo così si sarà in grado di costruire un percorso individualizzato

Il bambino dovrà essere considerato in quanto **persona tutta intera**, e non in quanto malato: questo lo aiuterà a vivere bene nonostante la malattia, e ad apprezzarsi come persona che può essere amata nonostante tutto

## IL PAZIENTE ANZIANO

Le migliori condizioni sociali ed economiche hanno avuto come conseguenza l'allungamento della vita

- Nella nostra società un individuo su cinque ha più di 65 anni
- L'incremento maggiore è a carico degli ultraottantenni (nel 2050 saranno 6.000.000)

Questo ha come conseguenza la creazione di una fascia d'età con bisogni e necessità diverse

Se la popolazione invecchia è anche vero che gli anziani di oggi sono meno "vecchi" dei loro coetanei di trenta anni fa

- Se da una parte aumenta il numero di anziani che si dimostrano efficienti, per molti però l'invecchiamento comporta la perdita di alcune capacità dovuto all'aggravarsi delle malattie
- Il passaggio alla vecchiaia si ha quando si incrina il benessere fisico e si perde la mobilità
- Potersi muovere per una persona anziana non vuol solo dire indipendenza, ma poter socializzare ed evitare l'isolamento
- L'anziano oggi è tuttavia ancora nella maggior parte dei casi un individuo attivo, con interessi

Il pregiudizio contro gli anziani

- Viviamo in una società in cui i media alimentano il culto della giovinezza e della bellezza. Siamo ossessionati da uno stile di vita frenetico. Viene continuamente enfatizzata l'efficienza e la produttività; aspetto giovanile, attivismo e indipendenza vengono proposti come indicatori del valore di una persona (Hendricks e Hendricks, 1977)
- **GIOVANE** è bello, buono, indipendente e potente; **VECCHIO** è inutile, asessuato, senile, malato, isolato e solo (Lewin e Lewin, 1980)

Anziché guardare alla vecchiaia come a un compimento prezioso del ciclo vitale

- La nostra società promuove una visione stereotipata dell'invecchiamento come qualcosa di innaturale: una vergogna che carica gli anziani di connotati negativi, solo per la loro condizione anagrafica

**UNO STEREOTIPO SICURAMENTE DA RIMUOVERE È CHE LA VECCHIAIA SIA COME UNA SECONDA INFANZIA**

- L'anziano non è un bambino, anche se dipende da altre persone per vari aspetti di accudimento, ha un grande bagaglio di esperienze
- Parlare di regressione ad uno stadio infantile genera in lui frustrazione ed irritazione

**QUANDO L'ANZIANO SI AMMALA**

- È importante considerare una moltitudine di dimensioni riguardanti l'anziano malato, da quella biologica, alla psico-relazionale, a quella sociale e socio-abitativa e quella economica
- La sfera biologica riguarda una pluralità di malattie, cioè una poli-patologia. Si tratta generalmente di malattie croniche degenerative, difficilmente guaribili, ma curabili
- L'obiettivo principale della geriatria attuale è l'attenzione alle attività quotidiane, insegnando al malato a convivere il meglio possibile con la propria malattia

**I FATTORI CHE DETERMINANO LA "FRAGILITÀ DELL'ANZIANO"**

- Età
- Livello economico
- Solitudine
- Recente ospedalizzazione
- Eventi sentinella (es. frequenti cadute, insorgenza di incontinenza)
- Disabilità cognitiva o demenza
- Depressione
- Poli – patologia

Spesso sono sufficienti due o più di tali fattori per far emergere una situazione di fragilità

L'operatore sanitario ha principalmente due possibilità di intervento per aiutare anziani in situazione di fragilità

### 1) FUNZIONE EDUCATIVA

Ad esempio facendo chiarezza sull'utilizzo dei farmaci e sull'importanza di seguire correttamente la terapia prescritta; convincere l'anziano ad incentivare l'attività fisica

### 2) ASCOLTO EMPATICO

La capacità di ascoltare e dialogare con l'anziano, dedicandogli più attenzione e facendogli comprendere che quel momento di ascolto è dedicato solo a lui

All'operatore oltre alle competenze tecniche, quindi sono richieste capacità di relazione e doti empatiche

- Diventa molto importante rendersi conto delle condizioni del paziente, cercare di comprendere le sue paure e i suoi bisogni per instaurare un rapporto di fiducia.
- Le limitazioni fisiche, ad esempio determinano negli anziani la paura di cadere, uno stato psicologico da non sottovalutare. Infatti le conseguenze di una caduta possono portare alla dipendenza fisica e al declino funzionale

## LA COMPrensIONE EMPATICA

Quando il paziente è affetto da forme gravemente invalidanti, quali ad esempio la demenza senile, la capacità di relazionare, stabilendo un contatto di tipo empatico, è fondamentale per superare il suo stato di isolamento: un sorriso, un gesto affettuoso, tranquillizzano ed infondono fiducia

- Le istruzioni devono essere date con tono caldo e rassicurante, mai urlato
- E' utile sdrammatizzare gli insuccessi e sottolineare le azioni svolte correttamente con un rinforzo positivo
- Nei casi più difficili è fondamentale considerare il parente una risorsa
- A volte la loro unica capacità di espressione sono gli sguardi, i gesti, che solo chi vive al loro fianco può comprendere al meglio
- Si evitano così al paziente quegli stati di disagio che determinano atteggiamenti di chiusura

Ogni essere umano è unico e irripetibile.....

ma, perché questa espressione così nobile abbia un senso,  
la società deve essere  
organizzata in modo tale che le persone  
possano continuare a crescere fino all'ultimo  
istante della loro vita (Butler, 1975)

## RUOLO EDUCATIVO DELL'OPERATORE SANITARIO NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE LA PROSPETTIVA PEDAGOGICA

### UN COMPITO IMPORTANTE... EDUCARE

→ DM 739/94 ...«L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria »

→ Codice deontologico, art.2....«L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa »

### UN PROCESSO CENTRATO SUL PAZIENTE

L'educazione terapeutica, come definito dall'OMS, dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutino a vivere in maniera ottimale con la sua malattia

Si tratta pertanto di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente

EDUCAZIONE  
TERAPEUTICA

## EDUCAZIONE TERAPEUTICA

L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia

- È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita

### Il Patto Infermiere Cittadino



lo infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

- **INSEGNARTI** quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stili di vita
- **GARANTIRTI** competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali
- **RISPETTARE** la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza
- **ASCOLTARTI** con attenzione e disponibilità, quando ne hai bisogno
- **STARTI VICINO** quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

### COMPLIANCE TERAPEUTICA

- In medicina, il termine inglese compliance (acquiescenza) indica il grado con cui il paziente segue le prescrizioni mediche, siano esse farmacologiche o non farmacologiche (dietetiche, di regime di vita, di esami periodici di monitoraggio ecc).

### VALUTARE L'OSSERVANZA DEL PAZIENTE ALLE PRESCRIZIONI È IMPORTANTE

Una terapia che non viene effettuata con puntualità e precisione perde di efficacia. Di conseguenza, una scarsa compliance può favorire l'insorgenza di complicazioni, recidive o prolungamenti della malattia che si prefigge di curare.

### BUONA COMPLIANCE

Una buona compliance si ha quando il paziente mette in pratica quanto prescritto dal professionista sanitario; ad esempio:

- assume un dato farmaco rispettando la posologia prescritta;
- adotta le modifiche dello stile di vita suggerite dal medico (ad es. abbandono del fumo, astensione dal alcool e droghe, aumento dell'attività fisica ecc.), evitando i comportamenti a rischio per la propria salute;
- osserva la dieta prescritta del medico;
- rispetta gli appuntamenti per le visite di controllo

### CAUSE DI CATTIVA COMPLIANCE

Le cause di una cattiva compliance possono essere numerose.

Anzitutto la scarsa aderenza ai trattamenti può essere:

- non intenzionale (ad esempio il paziente non comprende correttamente la terapia o parti di essa);
- intenzionale (il paziente sceglie consapevolmente di non seguire la terapia medica per le ragioni più disparate, siano esse razionali o irrazionali)

**FATTORI LEGATI AD UNA CATTIVA COMPLIANCE**

- ETA'
- STATO FISICO LEGATO ALLA MALATTIA
- STATO PSICHICO LEGATO ALLA MALATTIA
- TIPO DI TERAPIA
- COMPLESSITA' DEGLI SCHEMI TERAPEUTICI
- DIFFICOLTA' NEL RAGGIUNGERE LE STRUTTURE SANITARIE
- COSTO DELLA TERAPIA E DIFFICOLTA' NELL'APPROVIGIONAMENTO
- DURATA DEL TRATTAMENTO
- MANCATA ACCETTAZIONE DELLA MALATTIA
- PATOLOGIA CRONICA
- PAURA DEGLI EFFETTI COLLATERALI

**COMUNICAZIONE INEFFICACE TRA OPERATORI SANITARI E PAZIENTI CAUSA DI MANCATA COMPLIANCE**

La compliance, nella sua definizione classica, implica un'accettazione passiva, da parte del paziente, di quanto prescritto dal medico o dalle altre figure professionali sanitarie

Tuttavia, la maggior parte dei pazienti desidera partecipare attivamente alla definizione del percorso terapeutico, discutendo gli effetti della terapia, le alternative, le esperienze passate.

Di conseguenza, per migliorare la compliance si dovrebbe comunicare con un **linguaggio comprensibile**, rispondere ai dubbi e alle richieste del paziente, coinvolgendolo nella gestione della malattia e creando delle aspettative realistiche sugli effetti terapeutici che potrà ottenere e sulle tempistiche necessarie a raggiungere tali risultati.

**INCORAGGIARE SEMPRE IL PAZIENTE**

il paziente va incoraggiato a esprimere il suo parere sulla terapia seguita, sottolineando eventuali ragioni di insoddisfazione o di preoccupazione deve essere sottolineata l'importanza del trattamento e l'utilità dello stesso

(ad esempio ricordando che il disagio e le difficoltà di adesione sono minori del beneficio che se ne trae)

**Evoluzione positiva del termine**

- **Aderenza**: termine oggi preferito al precedente, in quanto sottolinea il ruolo attivo del paziente e la sua partecipazione al trattamento
- **Concordanza**: ancora poco usato, pone l'accento sull'alleanza terapeutica che si dovrebbe creare tra medico e paziente, frutto di un processo di negoziazione, con pieno rispetto delle esigenze di entrambi

**L'EMPATIA**

Empatia = capacità di saper mettersi nei panni dell'altro

- Il termine empatia deriva dal greco e significa "sentirsi dentro l'altro".
- L'empatia è l'abilità di saper entrare nello schema di riferimento dell'altro, la capacità di vedere il "mondo" con gli occhi dell'altro e avere informazioni dal suo punto di vista sia razionale, che emotivo (pensieri, vissuti, emozioni, significati) per poter capire le sue richieste e i suoi bisogni.

Significa perciò sentire la preoccupazione, l'emozione di un altro come lui la sente e di percepire le situazioni come lui le percepisce, ma senza mai dimenticare che è "come se".

Se questa condizione di **"come se"** manca, allora non parliamo più di empatia, ma di identificazione. L'empatia si alimenta attraverso la distinzione e non attraverso la confusione.

## UNA METAFORA PER COMPRENDERE MEGLIO IL SIGNIFICATO DELL'EMPATIA

*“Immaginiamo di trovarci in un bosco verde rigoglioso, riscaldato da un sole tiepido e luminoso, nel bosco scorre un ruscello di acqua limpida, nel ruscello vediamo un sasso e più in là una spugna.*

*Il sasso è bagnato totalmente dall'acqua del ruscello, ma mantiene integra la sua struttura, la spugna, bagnata dall'acqua del ruscello si impregna e via via si deteriora” .*

**L'operatore empatico** può essere paragonato al “sasso”, non per la sua durezza, ma per la possibilità di rimanere integro, consapevole e ben saldo nel proprio “mondo”, che conosce bene e accetta, pur facendosi totalmente bagnare dal mondo dell'altro, delle persone con le quali interagisce, con le quali comunica.

L'operatore “spugna” confonde le sue mappe concettuali, i suoi vissuti, le sue emozioni con quelli degli altri e in tal modo, non solo non è più in grado di rimanere ben saldo nel suo ruolo professionale, ma rischia di deteriorarsi e di doversi ad un certo punto strizzare proprio come una spugna.

Una comunicazione efficace richiede la capacità di essere empatici

### OLTRE A NUMEROSE ALTRE ABILITA'

- Implica la capacità di usare in modo adeguato i segnali del non verbale :
- l'attenzione al proprio interlocutore mediante contatto visivo,
- i movimenti del capo, la postura, l'espressione del viso
- La capacità di mantenere durante l'interazione un buon contatto visivo, comunicando un approccio rilassato
- Ascolto attivo di quanto comunicato dall'interlocutore (verbalmente e non verbalmente)
- Atteggiamento assertivo

### Lo scopo è la creazione di un legame di fiducia

#### QUELLO DI CUI C'E' PIU' BISOGNO

Spesso ciò di cui c'è più bisogno in ospedale è proprio di un BUON ASCOLTATORE

Si dovrebbe ascoltare con attenzione ciò che il paziente condivide e i particolari del suo viaggio: paure, speranze, frustrazioni.

Si può dare un grande aiuto semplicemente con un ascolto consapevole

Non bisogna dare necessariamente risposte, né trovare parole sagge che abbiano chissà quale valore, basta **mostrare un attento interesse**.

### LA RESILIENZA

La RESILIENZA è la capacità di autoripararsi dopo un danno, di far fronte , resistere ma anche costruire e riuscire a riorganizzare in modo positivo la propria vita nonostante situazioni difficili che fanno pensare a un esito negativo.

#### MALATTIA E RESILIENZA

- Il sopraggiungere di una malattia rappresenta un evento né scelto né desiderato, che costituisce un disequilibrio esistenziale, una rottura che introduce l'incertezza. In questo senso il cambiamento è una specie di lutto, ossia la perdita di ciò che è consueto (Lacroix – Assal, 2005)

In campo psicologico resilienza è la capacità delle persone di far fronte agli eventi stressanti e riorganizzare in maniera positiva la propria vita.

Le malattie organiche possono modificare lo stato psichico del paziente e, a sua volta, lo stato psichico può modulare sia la regolazione corporea sia la risposta del paziente alla malattia: in questo caso è necessario un **approccio olistico** in grado di prendersi cura del paziente nella sua globalità e non limitarsi a curare la sola malattia organica.

Rimanendo comunque quest'ultima l'aspetto fondamentale e l'approccio alla diagnosi e alla medicina scientifica non è messo in discussione

## L'APPROCCIO OLISTICO

- La ricerca propone di superare i limiti della visione positivista nella scienza medica andando verso un approccio olistico che superi la mal fondata separazione mente-corpo cartesiana tenendo in debito conto il ruolo della mente e della soggettività
- **“Qual è la cosa più importante in medicina?”** Non è tanto sapere che malattia ha quel paziente, ma chi è quel paziente che ha quella malattia!” in questa affermazione Ippocrate sosteneva un approccio olistico alla scienza medica, lo stesso in qualche modo che viene oggi proposto dai proff. Enrico Facco, Daniela Lucangeli e Patrizio Tressoldi nello studio *On the Science of Consciousness: Epistemological Reflection and Clinical Implications*, pubblicato recentemente sulla prestigiosa rivista “Explore”.

Cosa caratterizza gli esseri umani resilienti ?

### Quali sono i fattori protettivi

- FATTORI INDIVIDUALI
  - Autostima, Autoefficacia, Autonomia
  - Capacità di problem solving
  - Strategie di coping
  - Senso dell'umorismo
  - Empatia
- FATTORI RELAZIONALI
  - Qualità delle relazioni familiari
  - Qualità delle relazioni amicali
  - Sostegno sociale Fattori relazionali
  - Integrazione
- FATTORI SOCIALI
  - Integrazione
  - partecipazione attiva

## EDUCARE ALLA RESILIENZA

La resilienza può anche essere definita come un processo di adattamento alle avversità che può essere sviluppato ed imparato" (Ahern 2006)

La sfida attuale è quella di identificare i processi ed i meccanismi alla base del costrutto di resilienza, al fine di poter insegnare il suo sviluppo consapevole a coloro che non possono spontaneamente manifestarlo, in misura sufficiente per soddisfare pienamente le sfide quotidiane della loro domanda di lavoro.

## SUPPORTO AI PAZIENTI E FAMILIARI NELLA SOFFERENZA

- Disabilità, gravi patologie e lutto, oggi più che mai, sconvolgono gli esseri umani rendendoli incapaci di prosperare anche nelle avversità
- Non basta saper diagnosticare e curare una patologia, vanno compresi i meccanismi personali di risposta al fine di ottenere una miglior aderenza alle cure e un miglior risultato

## ASPETTI EMOTIVI DEL DOLORE

Il dolore è un segnale che annuncia un danno corporeo in atto o potenziale ricevuto dal cervello e proveniente dai recettori per gli stimoli dolorosi presenti nella periferia

***Il dolore non sempre è utile***

Se il dolore acuto ha la funzione di allarme, il dolore cronico è invece invalidante per l'individuo

Negli anni è stato attribuito crescente rilievo scientifico al ruolo dei fattori psicologici nel controllo del dolore

### Tecniche di gestione psicologica del dolore

Nell'esperienza del dolore esistono almeno 3 dimensioni:

1. Emotiva
2. Cognitiva
3. Comportamentale

Le tecniche di tipo cognitivo si occupano della sfera cosciente e possono recare beneficio sulle cognizioni che contribuiscono al mantenimento di una condizione dolorosa (idee, interpretazioni, aspettative del paziente)

La tecnica più utilizzata è la PREPARAZIONE (uno stress improvviso fa più danno di un dolore previsto)

## LA PREPARAZIONE

- Con il colloquio è possibile contenere più facilmente l'angoscia del paziente, almeno in parte, con l'utilizzo di spiegazioni in merito alle manovre tecniche che si stanno per eseguire e si possono suggerire modalità efficaci per affrontare la situazione
- **RINFORZI POSITIVI**, che possono essere somministrati al paziente che ha cercato di mettere in atto meccanismi di difesa adattivi nella situazione dolorosa
- Tecniche di diversione (distrazione) che possono essere sia cognitive sia comportamentali. Sono utilizzabili in ogni età e comprendono l'ascoltare della musica, guardare la televisione, dei giochi ed altri espedienti che possono distrarre il paziente da una manovra dolorosa
- Altre tecniche possono essere degli esercizi di respirazione e di rilassamento
- In generale ogni intervento psicologico sul dolore deve migliorare le capacità di far fronte al dolore (coping) ed accrescere i sentimenti di efficacia e padronanza della situazione

## ASPETTI PSICOLOGICI DELLA TERAPIA DEL DOLORE

- In pazienti affetti da dolore grave (patologie croniche, malattie gravi) si presentano frequentemente sentimenti di angoscia per non riuscire ad evitare il dolore, con conseguente deflessione del tono dell'umore
- In alcune patologie, come quelle neoplastiche, il dolore può essere percepito come indice della progressione della malattia e portare con sé il ricordo dell'avvicinamento alla morte
- Un buon controllo del dolore è quindi fondamentale per mantenere una buona qualità di vita nel paziente

## IL DOLORE CRONICO

Il dolore cronico porta ad un esaurimento delle risorse difensive e a volte può ostacolare il corso delle terapie. Sintomi depressivi, angoscia e dolore possono rinforzarsi reciprocamente.

**NON DEVE ESSERE DATO PER SCONTATO CHE IL DOLORE SIA UNA CONDIZIONE INEVITABILE E DEVONO ESSERE IMPIEGATI TUTTI I PRESIDI NECESSARI PER AFFRONTARLO EFFICACEMENTE**

## LA PATOLOGIA CRONICA

IN ALCUNE PATOLOGIE LA CONCLUSIONE DEL RICOVERO PUO' NON COINCIDERE CON LA GUARIGIONE

- Malattia che persiste per un tempo prolungato
- Che ha, di base, poche prospettive di guarigione
- Che altera le funzioni fisiche, psichiche, emotive, intellettuali, sociali
- Che può determinare inabilità parziale o completa
- Che deve essere controllata tramite continue azioni sanitarie
- Pertanto il paziente necessita di continui contatti con i servizi del SSN

## LE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE

L'OMS le ha definite un'epidemia invisibile: una vasta gamma di patologie a sviluppo lento e progressivo, che rappresentano la prima causa di morte nel mondo

- Malattie cardiovascolari
- Tumori
- Diabete
- Demenze e malattie mentali
- Malattie respiratorie

Oltre 25 milioni di persone in Italia soffrono di una malattia cronica

Le malattie croniche, non riguardano solo gli anziani, basti pensare che circa 8 milioni di pazienti sono giovani tra i 6 e i 44 anni

## DISAGIO CRONICO

Una malattia cronica è un processo morboso che presenta sintomi che non si risolvono nel tempo né generalmente giungono a miglioramento con farmaci né tanto meno senza intervento medico.

Sono **croniche** tutte quelle patologie caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche. In un malato cronico si possono alternare periodi di remissione, nei quali i sintomi diminuiscono o sono maggiormente sopportati, e periodi di riacutizzazione o peggioramento.

LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE, VISSUTO COME AMBIENTE PROTETTIVO PER L'ASSISTENZA FORNITA DAGLI OPERATORI SANITARI, PUO' ESSERE ACCOMPAGNATA DA PREOCCUPAZIONE

Nei casi più favorevoli il paziente può reinserirsi nel proprio contesto, pur continuando ad eseguire regolarmente i controlli previsti.

Nei casi meno favorevoli il ritorno alla vita sociale e familiare si delinea come un momento stressante e può accompagnarsi a manifestazioni depressive, se il paziente teme o si accorge di non poter riprendere la propria vita, come prima dell'esordio della malattia

Il timore di ricadute può essere una preoccupazione molto presente, tanto da far emergere, in alcuni pazienti, la cosiddetta « **sindrome della spada di Damocle** » ( Koocher e O'Malley, 1981)

C'è la preoccupazione costante di potersi riammalare che influenza le possibilità di recuperare un'adeguata qualità della vita

## E SE PREVALE LA NEGAZIONE?

PUO' ESSERCI IL RISCHIO CHE LA MALATTIA VENGA CONSIDERATA RISOLTA E SUBENTRI UNA RESISTENZA A SVOLGERE I CONTROLLI E A CONTINUARE AD ESEGUIRE LE TERAPIE

La sensazione di benessere nei pazienti, una volta rientrati nel proprio contesto di vita, dipende

- DALLA PROPRIA SITUAZIONE ORGANICA
- MA ANCHE DAGLI ASPETTI PSICOLOGICI PERCHE' LA CRONICITA' COMPORTA UNA ELABORAZIONE PSICOLOGICA ED ESISTENZIALE

Alcuni malati cronici, pur presentando gravi disabilità, si sentono in buona salute e avvertono solo il disagio per la limitazione di dover osservare delle precauzioni

Altri pazienti invece, magari privi di sintomi di rilievo, continuano a sentirsi gravemente malati, perché sono entrati in una prospettiva di cronicità, sia per un'eccessiva medicalizzazione, sia per i benefici secondari che la malattia offre loro (Schneider, 1978)

## INFORMARSI SULLA QUALITA' DI VITA

Durante le visite di controllo, alcune semplici domande possono fornire alcune indicazioni almeno generali e offrire la possibilità di inviare il paziente allo specialista della salute mentale per un approfondimento

La presenza di problemi psicologici e di una qualità di vita insoddisfacente può essere fatta emergere formulando alcune domande (Clerici et al.,2004):

Come vanno le cose a casa?.....Come va il lavoro?....Ti piace andare a scuola?....Hai tanti amici?  
Li vedi spesso?....Cosa fa nel tempo libero?....Ha un fidanzato?  
E' sposato?....Le piacerebbe avere dei figli? Ha dei figli?....

IL PAZIENTE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA PUO' ESSERE UN «MALATO DIFFICILE», POICHE' SI TROVA OGNI GIORNO AD AFFRONTARE L'ESIGENZA DI CONFERMARE LA PROPRIA ADESIONE ALLE CURE

Importante è quindi offrire un'assistenza non solo legata agli aspetti tecnici, ma anche e soprattutto relazionali. In particolare, all'interno della storia di un malato cronico possono avvenire momenti cruciali che pongono problemi di aderenza ai trattamenti (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 2002)

- Complicanze legate allo scarso controllo della terapia sui sintomi
- Eventi della vita (adolescenza, gravidanza, invecchiamento)
- Interruzione delle terapie per «stanchezza»
- Sovrapposizione di altre condizioni patologiche

E' IMPORTANTE UN INTERVENTO DI SOSTEGNO SVOLTO DA PERSONALE INFERMIERISTICO SPECIALIZZATO

**SALUTE**, COME "STATO DI COMPLETO BENESSERE FISICO, PSICHICO E SOCIALE E NON SEMPLICE ASSENZA DI MALATTIA" (OMS) UN APPROCCIO PROFESSIONALE E RELAZIONALE CHE COMPORTA UNA VISIONE DI TIPO GLOBALE DELLE PROBLEMATICHE DELL'ASSISTITO

Campo di intervento della stessa professione: «l'infermiere [...] è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica [...], la quale è di natura tecnica, relazionale, educativa» (articolo 1 del Profilo Professionale D.M. n.739, 1994)

COMUNICAZIONE ...STRUMENTO INDISPENSABILE PER ACQUISIRE I DATI NECESSARI NELL'INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE DELLE PERSONE E PER ATTUARE, DI CONSEGUENZA, GLI INTERVENTI PIÙ OPPORTUNI

Un infermiere che non sia in grado di comunicare efficacemente risulta incapace di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute degli assistiti

## OBIETTIVI

SOPRATTUTTO IN UNA SITUAZIONE DI PATOLOGIA CRONICA.....

- Rafforzare l'autonomia decisionale dell'utente
- Promuovere e facilitare l'uso dei servizi sanitari
- Aiutare a convivere attivamente con la cronicità
- Trasformare il «dis-agio», in «agio»....in una nuova dimensione esistenziale

Il termine "**comunicare**" significa trasmettere, diffondere, propagare, ma anche mettere in comune

- Il saper "mettere in comune" qualcosa con un altro il "saper prendere" qualcosa da un altro dipende non solo dai contenuti, ma soprattutto dalle modalità affettive ed emotive che possono facilitare o inibire il processo di comunicazione (Bulgarini, 1992)

Gli elementi fondamentali di ogni processo comunicativo sono:

1. **l'emittente**: è il soggetto (o i soggetti) che comunica il messaggio
2. il **ricevente**: è il soggetto (o i soggetti) che riceve il messaggio
3. il **messaggio**: è il contenuto di ciò che si comunica. Può essere una informazione, un dato, una notizia o più semplicemente una sensazione
4. il **codice**: è il sistema di segni che si usa quando si comunica e senza il quale non avviene la trasmissione del messaggio. Può essere sia una lingua, che un gesto, un grafico, un disegno.
5. il **canale**: può essere inteso sia come il mezzo tecnico esterno al soggetto con cui il messaggio arriva (telefono, fax, posta ecc.) sia come il mezzo sensoriale coinvolto nella comunicazione (principalmente udito e vista)
6. la **codifica**: è l'attività che svolge l'emittente per trasformare idee, concetti e immagini mentali in un messaggio comunicabile attraverso il codice
7. la **decodifica**: è il percorso contrario svolto dal ricevente che trasforma il messaggio da codice in idee, concetti e immagini mentali

8. il **feed-back**: è l'interscambio che avviene tra ricevente ed emittente quando l'informazione di ritorno permette all'emittente di percepire se il messaggio è stato ricevuto, capito ecc.
9. il **contesto o ambiente**: è il "luogo", fisico o sociale, dove avviene lo scambio comunicativo - può incentivare o al contrario disincentivare la comunicazione

La comunicazione può essere:

- Comunicazione verbale: utilizza le parole
- Comunicazione non verbale: espressione dei volto, gesti, tono della voce, etc. E' meno facilmente sottoponibile a "censura", e quindi tradisce gli effettivi sentimenti, stati d'animo, opinioni.
- Comunicazione simbolica: il nostro modo di vestire, gli oggetti di cui ci circondiamo, etc, costituiscono una parte molto significativa della nostra comunicazione

Un utilizzo congiunto delle diverse modalità comunicative produce i risultati più efficaci

E' impossibile non comunicare, perché ogni comportamento è comunicazione, invia un messaggio agli altri, che lo si voglia oppure no

Paul Watzlawick

Nella comunicazione si apre la relazione, ovvero la relazione con l'altro è già implicita nella stessa esistenza umana.

L'identità personale, quello che noi pensiamo di noi stessi e quello che pensiamo che gli altri pensino di noi, si mette assieme, pezzo dopo pezzo, in tutti gli scambi di parole e azioni che abbiamo con gli altri esseri umani

### **QUANTO È DIFFICILE COMUNICARE?**

Occorre fare sempre molta attenzione perché non tutto quello che viene comunicato arriva al ricevente.

Anzi, di solito:

il soggetto vuole dire 100

in realtà dice 80

il ricevente sente 50 (a causa dei disturbi dell'ambiente)

capisce 30

ricorda 20

Nella valutazione dell'efficacia della comunicazione interpersonale esistono dei pesi significativi per le varie componenti

- Il 7% è il peso del verbale, cioè del contenuto
- Il 38% è il peso del paraverbale, cioè dei toni, del volume, delle pause, ecc.
- Il 55% è il peso degli altri strumenti della comunicazione non verbale (gesti, postura, ecc.)

### **Funzioni della comunicazione non verbale**

- E' un linguaggio di relazione, un mezzo primario per segnalare i mutamenti di qualità nello svolgimento delle relazioni interpersonali e un mezzo per esprimere e per comunicare emozioni
- Può sostenere e completare la comunicazione verbale
- Lascia filtrare più facilmente i contenuti profondi dell'esperienza dell'individuo, perché rispetto al linguaggio è meno sottoposta al controllo consapevole o alla censura inconscia
- Regola l'interazione: sincronizza i turni e le sequenze, fornisce informazioni di ritorno, invia segnali di attenzione
- Sostituisce la comunicazione verbale in situazioni che non consentono l'uso del linguaggio

### **COMPONENTI VERBALI: COSA È IMPORTANTE**

Ricordare che le domande chiuse:

- Suggestiscono risposte secche (si/no)
- Costringono a rispondere con poca partecipazione, non facilitano il dialogo

Ricordare che le domande aperte:

- Favoriscono risposte continue e lunghe
- Stimolano il destinatario a fornire più informazioni
- Ricordare che la libera informazione (tutto quanto viene detto senza esplicita richiesta) e l'autoapertura (informazione libera o sollecitata che noi diamo su noi stessi) facilitano la conversazione, ma devono essere usate con prudenza in un rapporto professionale

*Ricordare che la volontà di concludere la conversazione o di cambiare argomento deve essere espressa con chiarezza e decisione, e che è utile far precedere il congedo da un'affermazione rassicurante e gratificante circa l'incontro avuto*

#### COMPONENTI VERBALI: COSA È IMPORTANTE

- Riconoscere e utilizzare rinforzi e feedback ("Certo", "Bene"...) (gesti di assenso, sorrisi ...)
- Entrare in un'interazione comunicativa al momento opportuno, né "fuori luogo" né "fuori tempo" (come e quando dire qualche cosa)

Componenti non verbali: che cosa è importante

- Imparare a osservare con particolare attenzione gli aspetti non verbali
- Capire la congruenza dei gesti: se vi è contrasto fra elementi verbali e non verbali, è probabile che la comunicazione più vera sia quella non verbale
- Utilizzare al meglio il contatto oculare, in modo esplorativo, non fisso, congruente con il resto del volto e con quanto viene detto
- Sapere che la posizione del corpo (postura) esprime ciò che il linguaggio verbale non dice o dice solo in parte
- Ricordarsi che con il contatto fisico si invade lo spazio di un altro individuo e che anche un gesto semplice come una stretta di mano può rappresentare un momento cruciale, per evidenziare l'interessamento oppure il distacco
- Ricordarsi che il "come si dice" ( tono, volume della voce ...) produce degli effetti che vanno al di là del "che cosa si dice"
- Utilizzare la gestualità in modo misurato ma espressivo, descrivendo e sottolineando cose, emozioni e concetti

#### RICORDARSI DI .....

Osservare come gli altri reagiscono al nostro comportamento

Lasciare che il nostro agire sia flessibile, guidato da tale feedback

Se per es. durante un colloquio con un paziente, lo si guarda in viso, prestando attenzione allo sguardo, ai movimenti delle sopracciglia e della bocca, ai cenni del capo, si può capire se il messaggio che si sta inviando viene compreso e se viene interpretato bene

#### LA COMUNICAZIONE INEFFICACE

- Non saper ascoltare (parlare mentre si fanno altre cose, manifestare tramite il volto o la postura segni di disinteresse ...)
- Formulare giudizi: l'approvare o il disapprovare comunica un messaggio di superiorità di chi parla
- Usare frasi di incoraggiamento e risposte stereotipate (frasi banali che negano il bisogno dell'altro, o comunicano disinteresse o superficialità)
- Cambiare argomento: è un modo di negare il bisogno dell'altra persona
- Frasi di rifiuto: modalità di comunicazione utilizzate a scopo difensivo, per proteggersi dall'ansia
- Frasi difensive: impediscono all'altro di esprimere le proprie opinioni
- Mettere in risalto solo i punti deboli del paziente, rischiando di sminuire i tentativi del paziente di attuare un cambiamento
- Aumentare il senso di colpa del paziente

## SENTIRE E' FACILE ASCOLTARE E' DIFFICILE!

Perché la parola diventi comunicazione bisogna che qualcuno l'ascolti.

**Ascoltare** vuol dire dare precedenza all'altro, fargli spazio dentro di sé per mettersi a sua disposizione sinceramente, gratuitamente, liberamente. È un gesto di ospitalità, non è solo un sentire.

Genericamente si intende per ascolto la funzione del recepire le parole e le frasi emesse dall'altro; in un'accezione empatica l'ascolto è inteso come un atteggiamento di sensibilità, disponibilità e recettività, diretto a un altro individuo, e rivolto a cogliere non solo l'aspetto verbale, strettamente contenutistico e razionale, ma anche quello non verbale

La capacità di ascoltare

- L'ascolto è un processo attivo di attenzione all'altro, al quale viene dato sufficiente tempo e spazio per esprimersi e per mostrare il proprio punto di vista
- L'ascolto empatico comporta un'apertura verso la fonte comunicativa con l'intenzionalità di comprendere l'emittente e i suoi messaggi dal suo punto di vista, comprendendo, attraverso il riconoscimento di segnali verbali e non verbali, lo stato emozionale dell'altro e adattando a tale stato il proprio comportamento
- Bisogna infine imparare a gestire i silenzi: sono una pausa in cui è opportuno aspettare che l'altro superi le proprie difficoltà e le resistenze ad esprimersi

Per riuscire a porsi in una condizione di ascolto attivo bisogna quindi .....

- assumere un atteggiamento aperto e disponibile verso l'altro
- mostrarsi interessati e attenti a quello che dice
- ascoltare cercando di accantonare pregiudizi e critiche
- non interrompere l'altro finché non ha concluso
- non porre troppe domande
- fare attenzione al comportamento non verbale dell'altro
- se capiamo che l'altro è in imbarazzo attendere una maggior disponibilità al dialogo
- cercare di cogliere eventuali cenni di tristezza, paura ...