

Il valore della comunicazione
nella relazione con il paziente

Health Humanities
Cultura umanistica per le scienze
della salute e le pratiche della cura
19 dicembre 2025

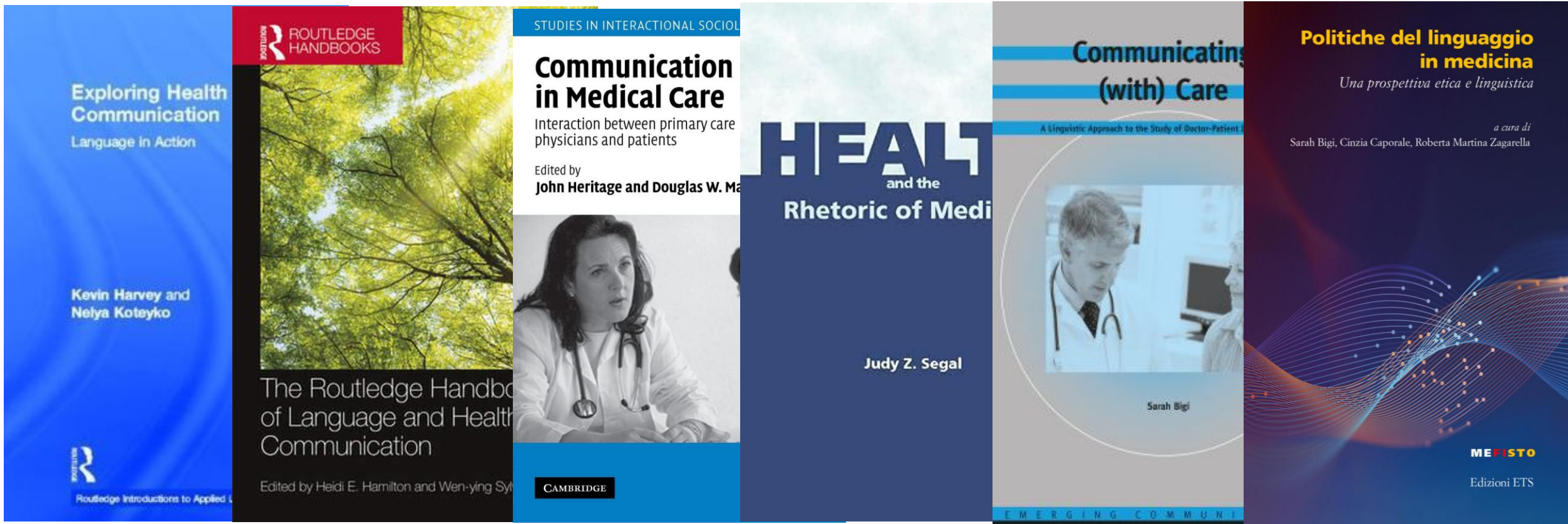
La costruzione di sfondi comuni nella comunicazione

Paolo Labinaz
Dipartimento di Studi Umanistici
Università di Trieste

Health and humanities



Health and humanities



Da dove cominciamo...

Partecipa a questo evento Wooclap



Quali pensi siano i tuoi punti di forza nella comunicazione? (Scrivi 1-3 parole chiave)

Quali sono, secondo voi, le vostre principali difficoltà quando comunichi con gli altri? (Scrivi 1-3 parole chiave)



1 Vai a wooclap.com

2 Immettere il codice dell'evento nel banner superiore

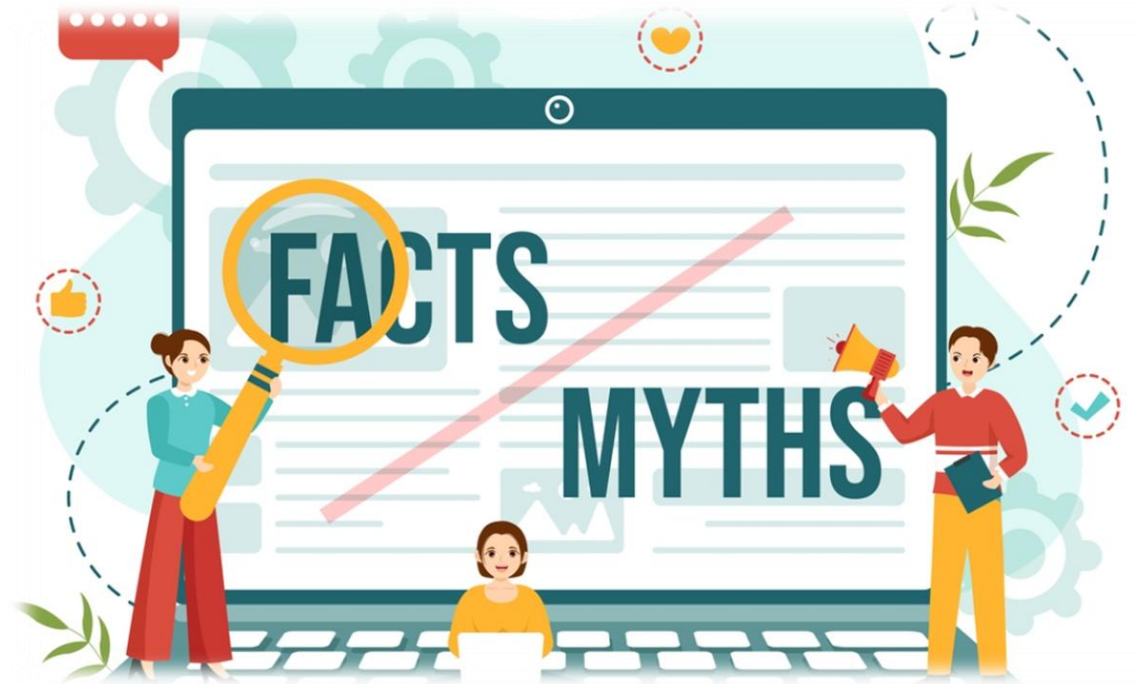
Codice evento
OSRJZP

...e dove vogliamo arrivare

- Le *Health Humanities* aiutano l'ambito sanitario a ripensare la relazione di cura, riportando al centro il paziente come persona, non solo come portatore di una patologia
 - In particolare, permettono di:
 - andare oltre una visione puramente tecnica e procedurale della comunicazione
 - integrare alla competenza clinica:
 - la comprensione del vissuto del paziente
 - le dimensioni emotive, relazionali e sociali della cura
 - superare un modello *disease-centred* a favore di una medicina *patient-centred*, in cui la relazione è parte integrante del processo terapeutico

Miti della comunicazione

- 4 modi per non farti mai dire di no
- I 5 «segreti» della comunicazione efficace
- 8 strategie di linguaggio del corpo persuasivo per convincere
- 10 frasi «magiche» per convincere qualsiasi persona
- Le regole della persuasione: la guida definitiva



Miti della comunicazione

- Le percentuali Mehrabian: «la comunicazione non verbale è un linguaggio silenzioso che sta alla base delle relazioni umane: il 93% delle informazioni che ci arrivano da un'interazione passa proprio attraverso la comunicazione non verbale, mentre il restante 7% è rappresentato dalle parole. Per la precisione, la comunicazione non verbale si divide in un 38% che riguarda il tono della voce e un 55% che arrivano dai segnali delle mani, delle braccia, delle gambe e dei piedi»

Journal of Consulting Psychology
1967, Vol. 31, No. 3, 248-252

INFERENCE OF ATTITUDES FROM NONVERBAL COMMUNICATION IN TWO CHANNELS ¹

ALBERT MEHRABIAN AND SUSAN R. FERRIS

University of California, Los Angeles

In the present study 3 degrees of attitude (i.e., positive, neutral, and negative) in facial expression were each combined with 3 degrees of attitude communicated vocally. The vocal communications of attitude were superimposed on a neutral word. In preparing the 2-component communications, the components were selected so that the degree of positive attitude communicated facially was equivalent to that communicated vocally—that is, the independent effects of the 2 components were comparable. It was found that attitudes inferred from combined facial-vocal communications are a linear function of the attitudes communicated in each component, with the facial component receiving approximately 3/2 the weight received by the vocal component. Implications of the findings for more general attitude-communication problems are discussed.

Miti della comunicazione

- Mehrabian non ha mai sostenuto che in generale il non verbale pesi più del verbale
 - Le sue percentuali si riferiscono solo a situazioni molto specifiche, cioè quando:
 - si parla di emozioni o atteggiamenti, e
 - c'è incongruenza tra parole e tono o espressione
 - Quando il messaggio verbale e quello non verbale non coincidono, le persone tendono a dare più peso al tono e al corpo solo per capire l'atteggiamento emotivo, non il messaggio

«Vi prego di notare che questa e altre equazioni riguardanti l'importanza dei messaggi verbali e non verbali sono state ricavate da esperimenti che si occupano della comunicazione di sentimenti e atteggiamenti (ad esempio, simpatia-antipatia). A meno che un comunicatore non stia parlando dei propri sentimenti e atteggiamenti, queste equazioni non sono applicabili.^[1]»

«Sono ovviamente a disagio per le errate interpretazioni del mio lavoro. Fin dall'inizio ho cercato di spiegare alle persone le corrette limitazioni delle mie ricerche. Sfortunatamente, il campo dei sedicenti "consulenti d'immagine aziendale" o dei "consulenti della leadership" ha numerosi praticanti con pochissime competenze psicologiche".^[2]»

Miti della comunicazione

- “Mi sento osservato mentre pronuncio male”
- “Oggi voglio dare il massimo”
- “Non capisco se lo sto facendo bene”
- “Sono esausto, anche parlare è faticoso”
- “Oggi ho detto bene quella parola!”
- “Partecipo, ma non ci credo più molto”
- “Perché dobbiamo rifare sempre gli stessi esercizi?”
- “Non vedo miglioramenti... forse non funziona”
- “Non riesco a migliorare come vorrei”
- “E se sbaglio di nuovo davanti al terapeuta?”
- “Spero che oggi vada meglio”
- “Non mi piace come suona la mia voce”
- “Forse devo accettare che non parlerò mai come prima”

 Frustrazione

 Imbarazzo

 Ansia

 Speranza

 Stanchezza

 Soddisfazione

 Tristezza

 Irritazione

 Dubbio

 Vergogna

 Rassegnazione

 Distacco

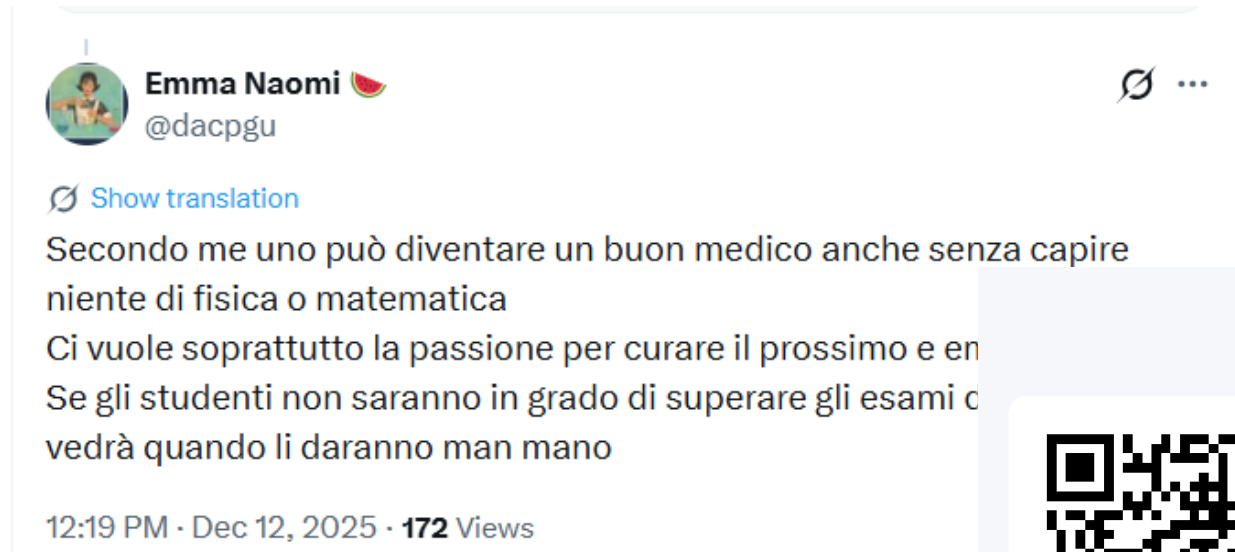
 Motivazione

Miti della comunicazione

- “Oggi ho detto bene quella parola!”
 - Seduta con un professionista di cui il paziente si fida
 - 😊 soddisfazione, 😊 speranza, 😊 sollievo
 - Colloquio in cui il paziente è stanco o scoraggiato
 - 😞 stanchezza, 😟 dubbio, 😞 tristezza (“una volta ogni tanto va bene, ma non cambia niente”)
 - Situazione di frustrazione, poche energie, poca motivazione
 - 😡 irritazione (“ma a cosa serve?”), 😞 distacco, 😟 ansia (“e se domani non ci riesco più?”)

Comunicazione ed empatia

- 6° sesto assioma della comunicazione: «La comunicazione è empatia»



Partecipa a questo evento Wooclap

Quanto è importante, secondo voi, l'empatia nella relazione con il paziente?



- 1 Vai a wooclap.com
- 2 Immettere il codice dell'evento nel banner superiore

Codice evento **OSRJZP**

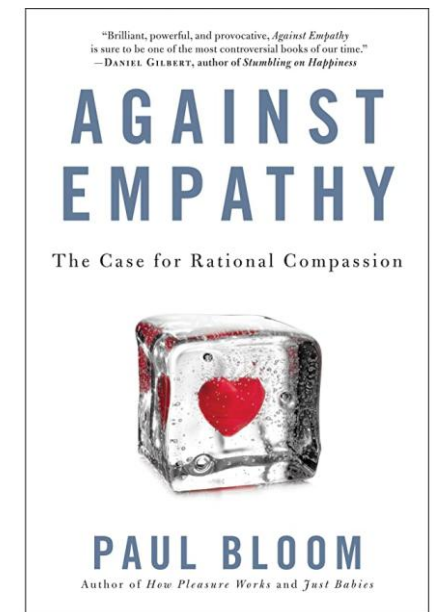
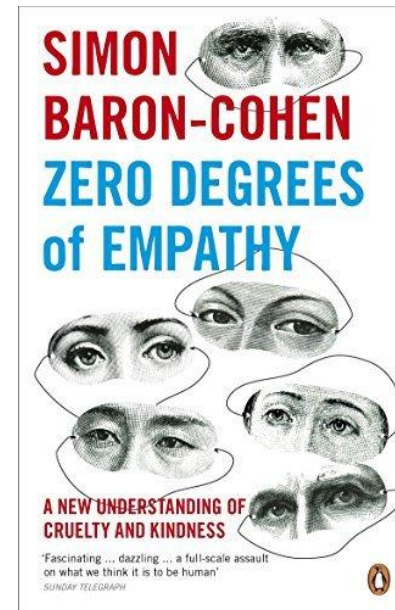
Comunicazione ed empatia

- «La comunicazione è empatia»
- Diversi sensi di empatia (Bloom 2019, trad. it.)
 - Contagio emotivo
 - Empatia affettiva
 - Empatia cognitiva
 - Compassione

Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy

Frans B.M. de Waal

Living Links, Yerkes National Primate Research Center, and Psychology Department,
Emory University, Atlanta, Georgia 30322; email: dewaal@emory.edu



Comunicazione ed empatia

- Contagio emotivo
 - Caratteristiche
 - Reazione automatica e involontaria all'emozione altrui (“assorbire” lo stato emotivo dell'altro)
 - Non implica comprensione consapevole
 - Si attiva per imitazione o risonanza emotiva
 - Rischi
 - confini poco chiari
 - sovraccarico emotivo
 - difficoltà a mantenere lucidità

Comunicazione ed empatia

- Empatia affettiva
 - Caratteristiche
 - Capacità di sentire in parte ciò che l'altro prova, separando il proprio stato emotivo da quello altrui
 - Implica riconoscimento e condivisione emotiva modulata, non automatica
 - Si basa su una forma di sintonizzazione emotiva (non razionalizzazione)
 - Vantaggi
 - Rafforza l'allineamento tra interlocutori
 - Fa sentire il paziente compreso e legittimato sul piano emotivo
 - Favorisce fiducia, apertura, adesione al percorso
 - Rischi
 - Se troppo intensa, porta alla riduzione della lucidità
 - Possibile affaticamento emotivo
 - A lungo andare può logorare

Comunicazione ed empatia

- Empatia cognitiva
 - Caratteristiche
 - Comprendere pensieri, bisogni ed emozioni dell'altro in modo lucido e razionale
 - Si basa sulla prospettiva mentale, non sulla partecipazione emotiva
 - Tipica della comunicazione professionale, dove serve capire senza farsi coinvolgere troppo
 - Vantaggio
 - Aiuta a chiarire aspettative, impliciti e bisogni reali, facilitando scelte condivise e informazioni efficaci
 - Rischio
 - Può risultare fredda o distante se non accompagnata da segnali di calore umano (tono, ascolto attivo, postura aperta)

Comunicazione ed empatia

- Compassione
 - Caratteristiche:
 - Integra il sentire (empatia affettiva) e il comprendere (empatia cognitiva) con l'intenzione di alleviare la sofferenza dell'altro
 - È una forma proattiva di empatia: spinge all'azione
 - Richiede equilibrio tra partecipazione umana e mantenimento del ruolo professionale
 - Vantaggi
 - Può facilitare un atteggiamento benevolo e disponibile
 - Può favorire un clima relazionale più umano, se ben regolata
 - Rischi
 - Tendenza del professionista ad assumere un ruolo paternalistico o troppo protettivo
 - Il paziente può percepire dipendenza o riduzione dell'autonomia
 - Rischio di sovraccarico emotivo per chi cura

Comunicazione ed empatia

- Paziente: «Mi sembra di non fare progressi. È frustrante!»
 - 🔥 Contagio emotivo: «Anche io mi sento un po' scoraggiato adesso...»
 - ❤️ Empatia affettiva: «Capisco quanto possa essere frustrante per lei»
 - 🧠 Empatia cognitiva: «Se ho capito bene, lei si aspetta dei risultati più rapidi e questo la fa sentire scoraggiato, giusto?»
 - 🌱 Compassione: «Mi dispiace troppo, oggi facciamo solo cose facili»

Comunicazione ed empatia

Partecipa a questo evento Wooclap



Nella tua vita quotidiana, quale forma di “empatia” ti capita più spesso di manifestare spontaneamente? Ordina dalla più frequente alla meno frequente.



1

Vai a wooclap.com

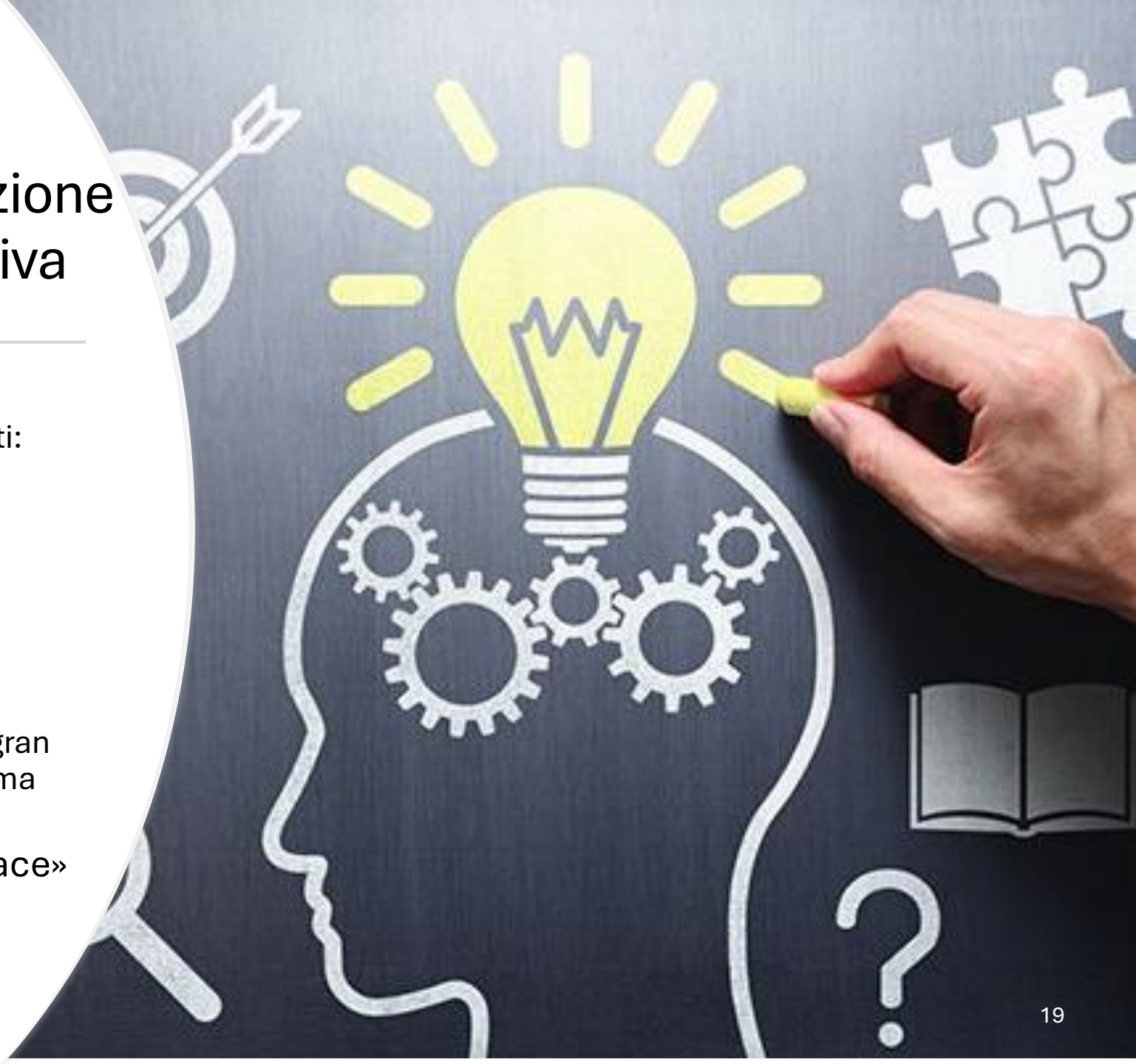
2

Immettere il codice dell'evento
nel banner superiore

Codice evento
OSRJZP

Dalle tecniche di comunicazione alla competenza comunicativa

- Capire come funziona il linguaggio
 - Le parole non trasmettono solo contenuti: producono effetti che influenzano come l'altro interpreta, reagisce e decide
- Agire sulla base di «sfondi comuni»
 - Non sono mai dati: si costruiscono nella relazione
- Cogliere ciò che non viene detto
 - Sottintesi, silenzi, incoerenze, impliciti: gran parte di ciò che conta non è esplicitato, ma orienta la relazione
- Riconsiderare la «comunicazione efficace»
 - Non è convincere o seguire formule: è negoziare significati, chiarire attese e adattarsi all'imprevisto

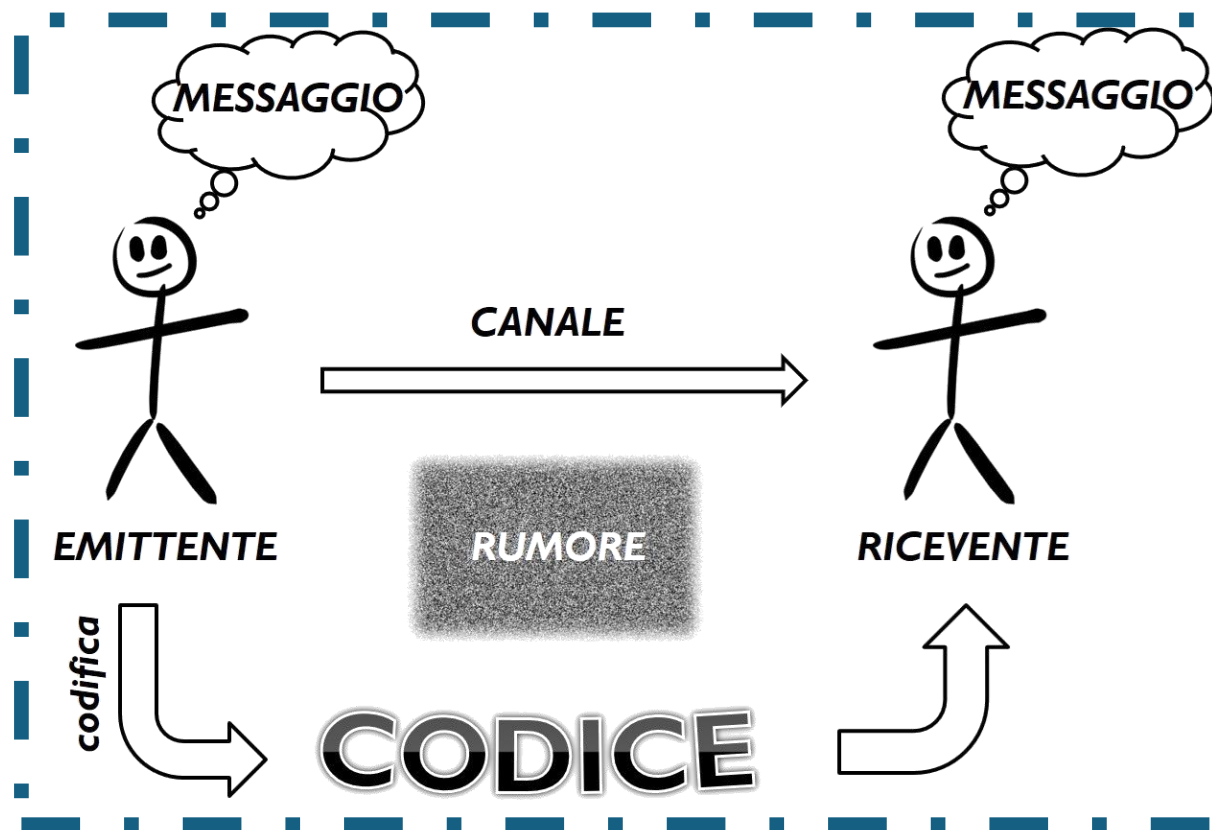


Di cosa parliamo
quindi...?



Il modello del «codice»

- Comunicazione come trasmissione di informazioni



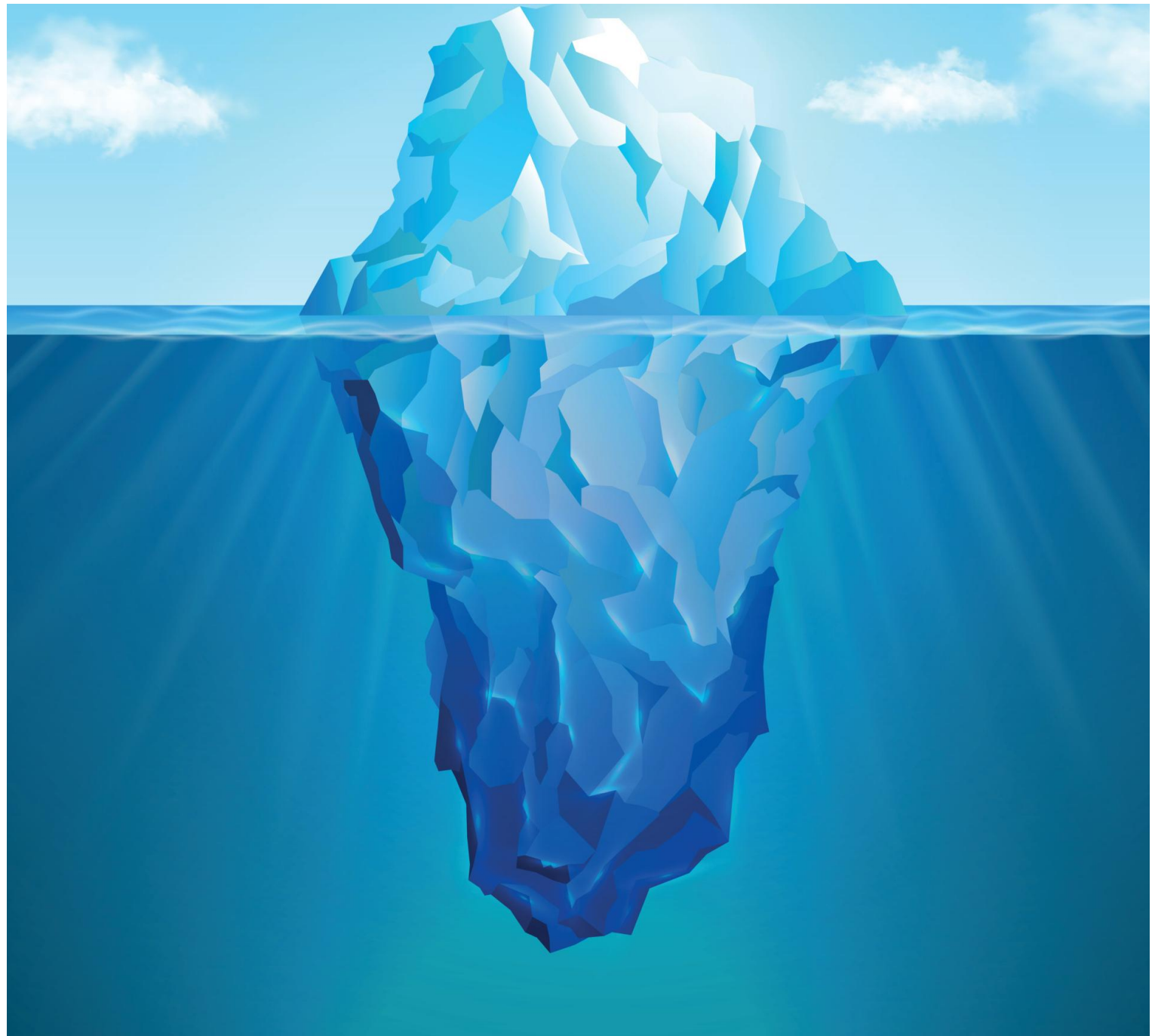
La comunicazione come un puzzle

- Esplicito vs implicito
- Implicito vs non detto
- Verbale vs paraverbale
- Paraverbale vs non verbale
- Naturale vs sociale
- Volontario vs involontario
- Razionale vs emotivo



La comunicazione come un puzzle

- Ciò che si percepisce:
 - parole (scritte e orali)
 - come le si emettono (o come le si scrivono)
 - postura, gesti, prossemica, abbigliamento ecc. (se ci sono!)
- Ciò che c'è ma *non* si percepisce:
 - sottointesi
 - non detti



La comunicazione come un puzzle

- La comunicazione è sempre *situata socialmente*
 - Contesti
 - Ruoli
 - Aspettative



La comunicazione come un puzzle

- Comunicazione operatore sanitario-paziente
 - è una comunicazione orientata allo scopo
 - ci sono certe aspettative nella quale è incorniciata
 - c'è attribuzione/riconoscimento di ruoli diversi ai partecipanti
 - si può identificare (solitamente) un risultato della interazione



La comunicazione come un puzzle

- Log.: “Buongiorno, è pronto per cominciare la seduta?”
- Paz.: “Mah... oggi non so se ho molta voglia”
- Log.: “Ha dormito male?”
- Paz.: “Ho pensato a tante cose stanotte”
- Log.: “Capisco. Possiamo iniziare con qualcosa di leggero, se vuole”
- Paz.: “Faccia lei, ... anche se mi pare tutto uguale, ormai”
- Log.: “Uguale in che senso?”
- Paz.: “Non vedo grandi cambiamenti... ma forse è solo una giornata no”

La comunicazione come un puzzle

- Log.: “Buongiorno. Come si sente oggi?”
- Paz.: “Oggi mi sento un po’ scoraggiato. Non vedo molti miglioramenti”
- Log.: “Capisco, è normale sentirsi così. A volte i progressi ci mettono un po’ a farsi vedere”
- Paz.: “Sì, lo so, ma mi demoralizza. Sento di fare fatica per nulla”
- Log.: “Grazie per averlo detto. Proviamo a fare qualcosa di più semplice oggi, e poi ne parliamo insieme con calma, va bene?”
- Paz.: “Va bene, grazie. Mi fa piacere parlarne”

Fin qui, cosa abbiamo visto?

- La comunicazione sanitaria non è solo scambio di informazioni
 - Medico e paziente non partecipano come individui neutri, ma con ruoli, responsabilità, aspettative e obiettivi (spesso) diversi
 - Molti problemi comunicativi non dipendono solo da ciò che si dice, ma dalle intenzioni del parlante, il contesto ecc.
 - Negli esempi analizzati, i disallineamenti emergono perché le parti danno per scontate cose diverse: cosa è rilevante, cosa è ovvio, cosa conta in quel momento
- Ma allora: cosa rende una comunicazione efficace?

Perché lo sfondo comune?

- La comunicazione efficace *richiede* un terreno comune
 - Ogni atto comunicativo implica una certa dose di strategia
 - Ognuno di noi costruisce un «modello» del nostro interlocutore, e allo stesso modo, il nostro interlocutore fa altrettanto con noi
 - Questi «modelli» non riguardano solo ciò che crediamo che il nostro interlocutore pensi, ma anche ciò che crediamo che il nostro interlocutore pensi che noi crediamo
 - Quando questi «modelli» corrispondono meglio alla realtà dell'interlocutore, la comunicazione diventa più efficace, riducendo le possibilità di incomprensioni e conflitti

Prima ancora di comunicare...

- Non siamo mai contenitori vuoti
 - Credenze (ad es. stereotipi)
 - Conoscenze
 - Competenze
 - Valori
 - Aspettative
 - Esperienze pregresse

Al primo sguardo (parte 1)...

- Incontriamo l'altro secondo le nostre percezioni
 - Costruzione di un «modello» dell'altro
 - Cosa fa?
 - Cosa crede?
 - Cosa si aspetta da noi?
 - Giudizi intuitivi circa l'affidabilità altrui
 - Basati su indizi percettivi circa competenza e benevolenza
 - Dobbiamo fare attenzione a evitare rischi, come l'influenza del bias della conferma, del bias affettivo e dei bias discriminatori
 - La reputazione dell'altro spesso lo «precede» nei nostri giudizi intuitivi iniziali
 - Creazione di ampio spettro di aspettative



Al primo sguardo (parte 2)...

- Proiettiamo un nostro «simulacro» verso gli altri
 - «Facilitare» il giudizio altrui circa la nostra affidabilità
 - Indizi «non manipolabili» vs indizi «manipolabili»
 - Correggere/rinforzare la nostra reputazione «pregressa» (basata sui nostri comportamenti passati che crea quindi aspettative sui nostri comportamenti futuri)
 - Il problema è che giudizi relativi ad affidabilità, e più in generale reputazione, sono sempre nelle mani degli altri
 - Vorremmo creare certe aspettative negli altri, ma non dipende soltanto da noi

Al primo sguardo

- Persona di circa 45 anni. Arriva puntuale, indossa un abbigliamento sobrio e pratico. Entra in studio, guarda intorno senza soffermarsi troppo. Parla con tono calmo e neutro: “Mi hanno fissato questo appuntamento... non so bene come funziona”. Resta in attesa della risposta, senza aggiungere altro.
 - Che impressione vi dà questa persona all'ingresso?
 - Cosa osservate nel suo modo di presentarsi (voce, atteggiamento, postura, stile)?
 - Che aspettative o esigenze vi sembra stia comunicando, anche indirettamente?
 - Come impostereste il primo scambio?
 - Che cosa fareste per non basarvi solo sulle prime impressioni?

Al primo sguardo

- Persona di circa 38 anni. Si presenta con abbigliamento curato, porta con sé una cartelletta. Appena entrata, saluta e dice con tono chiaro, ben articolato: “Buongiorno. Non è facile per me essere qui, ma vorrei capire se questo percorso può aiutarmi”. Si siede e attende con attenzione.
 - Che impressione vi dà questa persona all’ingresso?
 - Cosa osservate nel suo modo di presentarsi (voce, atteggiamento, postura, stile)?
 - Che aspettative o esigenze vi sembra stia comunicando, anche indirettamente?
 - Come impostereste il primo scambio?
 - Che cosa fareste per non basarvi solo sulle prime impressioni?

Comunicare è agire

- Comunicare non è mai solo trasmettere informazioni: è un'azione che produce effetti su chi parla, su chi ascolta e sulla relazione
 - Ogni scambio comunicativo si muove attraverso tre livelli:
 - fare **come** comunicare qualcosa
 - fare **nel** comunicare qualcosa
 - fare **attraverso** il comunicare qualcosa

Fare **come** comunicare qualcosa

- Anche quando la comunicazione sembra una semplice trasmissione di informazioni, ci sono comunque due livelli:
 - Comunicazione esplicita
 - Comunicazione implicita
- Entrambe sono intenzionali, ma:
 - nell'esplicito: il significato è trasparente
 - nell'implicito: il destinatario deve riconoscere l'effettiva intenzione del parlante

Fare **come** comunicare qualcosa

- Ogni volta che comunichiamo:
 - Facciamo emergere un'informazione (intenzione informativa)
 - Facciamo capire che vogliamo far emergere proprio quell'informazione (intenzione comunicativa)
 - Attiviamo aspettative nell'interlocutore (su cosa fare, cosa rispondere, cosa pensare)
- Comunicare, quindi, significa:
 - Richiamare l'attenzione dell'altro
 - Far capire che ciò che intendiamo ha un certo peso o rilevanza nella situazione
- Per farlo servono strategie comunicative...più o meno complesse, ma sempre presenti (che combinano tono, scelta delle parole, ordine, pausa, ritmo, contesto, ecc.)

Fare **come** comunicare qualcosa

- Quando il “come” non è chiaro...
 - In ambito sanitario può accadere che un messaggio non venga compreso come previsto
 - L’interlocutore (paziente, caregiver, collega) può reagire così:
 - «Cosa intende esattamente con questo?»
 - «Vuol dire che la situazione è grave?»
 - «Non l’ha detto chiaramente, ma ho capito che...»
 - Spesso il problema non riguarda solo le parole, ma le strategie implicite con cui vengono dette:
 - formulazioni vaghe
 - allusioni terapeutiche («forse è meglio così», «valuteremo con calma»)
 - eufemismi («il quadro è delicato», «i tempi saranno lunghi»)
- Conseguenza
 - Chi parla può sentirsi protetto o rassicurato dall’essere meno diretto, ma il destinatario resta con dubbi, ansia o interpretazioni distorte

Fare **come** comunicare qualcosa

- Paz.: «Dottore, com'è andato l'esame?»
- Med.: «Il quadro è un po' delicato»
- Paz.: «Devo proprio continuare la cura?»
- Med.: «Potremmo... valutare con calma»
- Med.: «Ci rivediamo tra un mese»
- Paz.: «Va bene...» (ma non ha capito cosa deve fare nel frattempo)
- Med.: «I valori sono un po' fuori norma»
- Paz. (pensiero): «Sono grave?»
- Med. (guardando il PC, tono neutro): «Non ci sono novità»
- Med.: «Ha dolore? Sì o no?»

Fare **come** comunicare qualcosa

- La comunicazione implicita include anche quella metaforica: ciò che il paziente “mostra” senza dirlo esplicitamente
 - Metafore sulla salute e sul corpo
 - «Mi sento come se avessi un peso addosso»
 - «È come se il mio corpo non mi seguisse più»
 - «Mi sembra di avere una bomba dentro che può esplodere»
 - Metafore sulla malattia
 - «È una montagna che non riesco a scalare
 - «Sento che sto scivolando giù»
 - «Mi pare di combattere contro un muro»
 - Metafore sull’ansia e sullo stress
 - «Mi gira tutto nella testa»
 - «È come avere un nodo allo stomaco»
 - «Sento di stare in un tunnel»

Fare **come** comunicare qualcosa

- Anche i professionisti sanitari usano metafore: queste plasmano la relazione e le aspettative del paziente
 - Metafore sulla malattia
 - «Dobbiamo combattere questa infezione»
 - «La malattia sta rispondendo alle cure»
 - «Dobbiamo fermare l'avanzata della malattia»
 - Metafore sulla cura
 - «Facciamo un percorso insieme»
 - «Dobbiamo aggiustare il tiro»
 - «Serve tempo perché il corpo si rimetta in carreggiata»
 - Metafore sulla prognosi
 - «Ci aspettiamo un decorso più morbido»
 - «I tempi saranno lunghi»
 - «La strada sarà in salita»

Fare **nel** comunicare qualcosa

- La comunicazione è sempre un'azione sociale
 - Ogni atto comunicativo crea o modifica impegni, responsabilità, permessi, obblighi
 - Ogni volta che un medico parla, fa qualcosa sul piano sociale e istituzionale
 - Questi effetti non sono emotivi ma normativi: modificano diritti, percorsi, responsabilità

Azione sociale	Effetti sociali
Formulare una diagnosi	Attribuisce una condizione clinica che apre diritti, percorsi di cura, certificazioni
Prescrivere un trattamento	Crea un impegno terapeutico riconosciuto (per il paziente, per il sistema sanitario, per i caregiver)
Dare indicazioni cliniche	Modifica responsabilità e condotte attese (controlli, esercizi, terapie, monitoraggi)
Autorizzare o non autorizzare attività	Abilita o limita accesso alla normalità (scuola, sport, lavoro, guida, ecc.)

Fare **nel** comunicare qualcosa

- La comunicazione è sempre un'azione sociale
 - “Le propongo questa terapia”
 - Crea un impegno terapeutico riconosciuto da parte del professionista sanitario
 - “Può riprendere l'attività”
 - Restituisce permessi / autonomia (scuola, lavoro, sport)
 - “Da oggi dovrebbe evitare...”
 - Modifica regole di condotta
 - “Invio una richiesta per...”
 - Attiva procedure amministrative (es. esami, specialisti)

Fare **nel** comunicare qualcosa

- Condizioni necessarie affinché l'azione dia i suoi effetti

Condizione necessaria	Esempio
Uso appropriato delle parole	“Le consiglio di iniziare questo percorso” vs “Lei deve iniziare...”: cambia percezione di potere e compliance
Competenza e autorevolezza percepita	Il paziente accetta più facilmente indicazioni se percepisce padronanza, coerenza, sicurezza
Contesto adeguato	Notizie difficili: luogo protetto, privacy, tempo dedicato

Fare **nel** comunicare qualcosa

- Nel comunicare, un medico può sempre modulare il linguaggio per:
 - mantenere la relazione
 - facilitare l'adesione al percorso di cura
 - «Vediamo insieme come sta andando»
 - anziché: «Lei non sta facendo bene la terapia»
 - «Proverei a modificare leggermente la terapia»
 - anziché: «Dobbiamo cambiare terapia»
 - «Le chiedo un piccolo sforzo in più, se possibile»
 - anziché: «Deve impegnarsi molto di più»
 - «Potrebbe essere utile ripetere gli esami»
 - anziché: «Serve rifare tutti gli esami»

Fare **attraverso** il comunicare qualcosa

- Comunicazione come influenza su credenze, emozioni e comportamenti
 - Anche quando non lo vogliamo, ogni espressione può rassicurare, spaventare, motivare, scoraggiare, irritare o confondere
 - Nel contesto sanitario questo influisce sul modo in cui il paziente:
 - interpreta la propria condizione
 - prende decisioni terapeutiche
 - aderisce o si allontana dal percorso di cura

Fare **attraverso** il comunicare qualcosa

- Comunicazione come influenza su credenze, emozioni e comportamenti
 - Ogni parola o gesto può convincere, rassicurare, irritare, scoraggiare, motivare il paziente, anche senza intenzione esplicita

Azione linguistica del medico	Effetto possibile sul paziente
“Dovrebbe stare un po’ più attento ai sintomi”	Può rassicurare (“non è grave”), oppure generare ansia da ipervigilanza
“Oggi gli esami sono molto buoni!”	Motiva, rinforza i comportamenti di salute
“Se non segue la terapia rischia grosso”	Aumenta l’adesione... ma può generare paura, blocco o evitamento
“Ci sono io, non si preoccupi”	Rassicura, ma può ridurre il senso di autonomia o creare dipendenza
“Vedremo come va...” (senza ulteriori spiegazioni)	Può essere percepito come incertezza o disinteresse

Fare **attraverso** il comunicare qualcosa

- «Se continua la terapia così, vedremo miglioramenti»
- «Per ora evitiamo esami invasivi»
- «Mi aiuterebbe se monitorasse questo sintomo ogni giorno»
- «Prendiamoci tutto il tempo necessario»
- «Come mai pensa che la cura non stia funzionando?»
- «Oggi ha fatto un passo importante»

Fare **attraverso** il comunicare qualcosa

- La comunicazione può facilitare il percorso terapeutico quando:
 - sostiene l'autoefficacia del paziente
 - riduce paure non necessarie
 - chiarisce aspettative realistiche
 - regola l'impatto emotivo dell'informazione
- Ma può anche ostacolarlo se crea fraintendimenti o induce emozioni disfunzionali

Comunciare è agire

- Gli effetti delle parole...
 - Dire un ritardo nel trattamento
 - «C'è un ritardo»
 - «Capisco che l'attesa possa essere difficile. Grazie per la pazienza: ci vorrà ancora qualche minuto e poi iniziamo»
 - Il paziente non ha seguito una prescrizione
 - «Come mai non ha fatto quello che le avevo detto?»
 - «Ha incontrato difficoltà a seguire la prescrizione? Possiamo rivedere insieme cosa le crea difficoltà»

Comunciare è agire

- Situazioni legate al contenuto clinico
 - Il trattamento richiede più tempo del previsto
 - Il paziente chiede: “Quando finisce la terapia?”
 - Dire una notizia clinica problematica
- Situazioni comunicativo-relazionali
 - Il paziente è scoraggiato
 - Un familiare parla al posto del paziente
 - Minimizzazione degli errori

Comunicare **senza dire** qualcosa

- «Non si può non comunicare»
 - Qualunque atteggiamento assunto da un individuo ha valore di messaggio
 - Silenzi, indifferenza, passività e inattività sono forme di comunicazione
 - Il paziente
 - tace a lungo durante una domanda su come si sente
 - esegue esercizi senza reazioni o domande
 - evita il contatto oculare durante una correzione
 - sorride mentre sbaglia un compito
 - si irrigidisce durante un controllo
 - Possono essere silenzi «intenzionali» o «espressivi» ma manca un codice per «interpretare» cosa sta succedendo

Lo sfondo comune

- Ogni comunicazione si basa su informazioni condivise che non vengono dette esplicitamente, ma che entrambi gli interlocutori assumono come note:
 - senso comune
 - codici culturali e comunicativi
 - enciclopedia culturale
 - aspettative reciproche
- Senza uno sfondo comune, aumentano:
 - fraintendimenti
 - interpretazioni divergenti
 - attribuzioni erronee di intenzioni
 - stress comunicativo per paziente e operatore sanitario

Lo sfondo comune

- Senso comune
 - Queste conoscenze non sono necessariamente mediche, ma influenzano come un paziente interpreta ciò che il medico dice
 - «Se sto male, devo prendere una medicina»
 - «Il dolore significa che c'è qualcosa che non va»
 - «Chi sa più cose (il medico) ha sempre la risposta giusta»
 - «Se un esame è negativo, allora sono sano»
 - «Una visita lunga è più accurata»
 - «Se il medico parla poco, significa che c'è qualcosa di grave»
 - «Più farmaci prendo, più velocemente guarisco»
 - «La febbre alta è sempre pericolosa»

Lo sfondo comune

- Codici culturali e comunicativi
 - Non riguardano ciò che sappiamo del mondo, ma come si interpreta la comunicazione
 - «Non si interrompe il medico mentre parla»
 - «Se il medico usa un tono serio, la situazione è preoccupante»
 - «Se il medico non guarda il paziente negli occhi, non gli importa»
 - «Chiedere spiegazioni può sembrare una mancanza di rispetto»
 - «I silenzi del medico sono pieni di significato»
 - Esempi legati a culture diverse:
 - In alcune culture: non fare domande = segno di fiducia
 - In altre: fare molte domande = essere coinvolti e collaborativi
 - In alcune: il dolore va espresso apertamente
 - In altre: il dolore va mantenuto “dignitosamente” in silenzio

Lo sfondo comune

- Enciclopedia culturale
 - Non è senso comune: è sapere specialistico o biografico, diverso per ognuno
 - Esempi generali (non medici):
 - Sapere cosa significa “inviare una PEC”
 - Avere familiarità con termini finanziari come “tasso variabile”
 - Sapere come leggere una bolletta
 - Esempi in ambito medico:
 - Un paziente che ha già fatto chemioterapia sa cosa significa “ciclo”
 - Un infermiere capisce parole come “tachicardia sinusale”, un paziente no
 - Chi ha avuto parenti con malattie croniche interpreta “cronico” come “grave”
 - Un genitore abituato alle terapie intensive pediatriche interpreta un monitor diversamente rispetto a chi non l’ha mai visto

Lo sfondo comune

- Aspettative reciproche
 - Non riguardano conoscenze, ma previsioni sul comportamento e sugli scopi dell'interazione
 - Esempi dal lato del paziente:
 - «Il medico mi dirà cosa devo fare»
 - «Mi spiegherà tutto in modo semplice»
 - «Mi rassicurerà»
 - «Troverà una soluzione immediata»
 - Esempi dal lato del sanitario:
 - «Il paziente mi dirà la verità sui sintomi»
 - «Farà le domande quando non capisce»
 - «Seguirà le indicazioni fornite»
 - «Capirà che certi tempi clinici non dipendono da me»
 - Esempi situazionali specifici:
 - Se entro in ambulatorio, mi aspetto un colloquio formale
 - Se entro in pronto soccorso, mi aspetto urgenza e rapidità
 - Se entro in una stanza pre-operatoria, mi aspetto spiegazioni chiare e rassicurazioni

Lo sfondo comune

- La comunicazione non si basa solo su ciò che è condiviso sul piano informativo, ma anche su ciò che è condiviso sul piano emotivo
 - Non basta capire “cosa” l’altro sa
 - Conta anche come si sente, cosa teme, cosa spera
 - Le emozioni orientano l’interpretazione
 - Le stesse parole producono effetti diversi a seconda dello stato emotivo del paziente
 - Lo sfondo comune emotivo non è automatico
 - Va riconosciuto, esplicitato e regolato
 - Si costruisce attraverso ascolto, tono, tempi e risposte
 - Senza allineamento emotivo
 - aumentano fraintendimenti
 - diminuiscono fiducia e adesione al percorso di cura

Lo sfondo comune

- Lo sfondo comune non è “dato”: si costruisce turno dopo turno
 - A ogni scambio aggiorniamo un modello dell'altro (cosa sa, cosa teme, cosa dà per scontato)
 - Qui entrano in campo contenuti ed effetti prodotti attraverso l'agire linguistico
 - Ogni risposta, silenzio o reazione è un'informazione su cosa il paziente sa, capisce, interpreta o su come vive la situazione
 - In ambito sanitario, costruire sfondo comune significa verificare comprensione e riallineare (parole, priorità, decisioni, aderenza)

Lo sfondo comune

- Un medico sta raccogliendo informazioni durante l'anamnesi
 - Medico: «Segue una terapia in modo regolare?»
 - Paziente: «Sì, quando sto male la prendo»
 - Cosa emerge sullo sfondo comune?
 - Per il paziente “seguire una terapia” significa assumere farmaci solo in presenza di sintomi
 - Non è condivisa l'idea medica di continuità terapeutica
 - Il medico aggiornerà il proprio modello mentale su conoscenze, convinzioni e abitudini del paziente
- Il medico comunica l'esito di alcuni accertamenti
 - Medico: «Dagli esami non emerge nulla di preoccupante»
 - Paziente: «Allora posso stare tranquillo»
 - Cosa emerge sullo sfondo comune?
 - Per il paziente “nulla di preoccupante” equivale a assenza totale di problema
 - Non è condivisa l'idea medica di monitoraggio, fattori di rischio o evoluzione nel tempo
 - Il medico comprende che le aspettative del paziente sono orientate alla chiusura del percorso, non alla continuità di cura

Dis/allineamenti

- Quando avvengono disallineamenti nella comunicazione, possono sorgere diversi tipi di incomprensioni e conflitti:
 - Visioni del mondo contrastanti
 - Un paziente è convinto che “finché non c’è dolore non c’è malattia”; il medico considera invece rilevanti parametri clinici e fattori di rischio anche in assenza di sintomi
 - Utilizzo di codici linguistici incompatibili
 - Il medico utilizza termini tecnici («infiammazione cronica», «lesione benigna», «valori alterati») senza verificare se il paziente ne comprenda il significato, mentre il paziente annuisce senza aver davvero capito
 - Conflitti culturali o ideologici
 - Il medico propone un trattamento farmacologico continuativo; il paziente, per convinzioni personali o culturali, diffida dei farmaci e preferisce soluzioni “naturali”, senza esplicitarlo apertamente
 - Rifiuto di aggiornare lo sfondo comune
 - Il medico parla di “controllo” o “monitoraggio” come passaggi necessari, mentre il paziente interpreta la visita come conclusiva e non accetta l’idea di un follow-up

Dis/allineamenti

- Nel caso dell'interazione tra operatore sanitario e paziente possiamo considerare due livelli di disallineamenti:
 - Diagnosi:
 - Incompatibilità di credenze (diagnosi ingenua)
 - Il paziente è convinto che «se non ho sintomi, allora non c'è nulla di serio», mentre il medico considera rilevanti esami, fattori di rischio e andamento clinico anche in assenza di dolore o disturbi evidenti
 - Differenze di punti di vista («diagnosi» alternative)
 - Il paziente attribuisce i sintomi a stress o stanchezza («è solo un periodo»), mentre il medico ipotizza una condizione clinica che richiede approfondimenti diagnostici
 - Diversità di aspettative
 - Il paziente si aspetta una diagnosi immediata e definitiva, mentre il medico prevede un percorso graduale fatto di esami, monitoraggi e rivalutazioni nel tempo

Dis/allineamenti

- Nel caso dell'interazione tra operatore sanitario e paziente possiamo considerare due livelli di disallineamenti:
 - Terapia
 - Analfabetismo della salute
 - Il paziente non comprende perché una terapia debba essere seguita con regolarità («se sto meglio posso sospendere»), mentre il medico potrebbe dare per scontata la conoscenza dei meccanismi di prevenzione e mantenimento
 - Esperto di sé stesso
 - Il paziente modifica autonomamente dosaggi o modalità di assunzione dicendo «so come reagisce il mio corpo»
 - Non compliance
 - Il paziente non segue la terapia prescritta o salta i controlli, senza comunicarlo apertamente

Esempi di dis/allineamento - Caso 1

- Infermier*: La pelle delle gambe è molto secca
- Paziente: Eh sì
- Infermier*: Più secca rispetto a quella dei piedi
- Paziente: Eh sì, vengono fuori queste macchie... Ma da che cosa dipendono?
- Infermier*: Sa, la pelle secca si rompe facilmente
- Paziente: Oh...
- Infermier*: e quando si rompe, si creano piccoli tagli
- Paziente: ...ma io ho tutte le creme possibili a casa
- Infermier*: se però restano nel cassetto, non possono fare effetto!

Esempi di dis/allineamento - Caso 2

- Doc: Fuma?
- Paziente: Qualche sigaretta ogni tanto
- Doc: Quante?
- Paziente: Tre sigarette al giorno
- Doc: Beh, questo non è “ogni tanto”, è regolarmente
- Paziente: Beh, rispetto alle persone che fumano un pacchetto al giorno, io non fumo tanto... sì, beh, però ha ragione
- Doc: Sa, sono quasi più solidale con le persone che fumano venti sigarette al giorno, perché è davvero una dipendenza ed è difficile smettere. Di tre sigarette si può fare a meno
- Paziente: No, perché è un piacere!
- Doc: Sì, ma si può fare a meno anche dei piaceri
- Paziente: Sì, sì, cioè, se faccio a meno di loro non muoio... sono d'accordo... ma è un piacere!
- Doc: Ha preso le pillole per la pressione oggi? [mentre misura la pressione]

Esempi di dis/allineamento - Caso 2

- Doc: Cosa mangia a colazione?
- Paziente: Caffè, latte, due fette biscottate...
- Doc: Due fette biscottate... o biscotti?
- Paziente: No, due fette biscottate, pane tostato
- Doc: Ah, ma questa è un'altra cosa: pane tostato
- Moglie: No, non è tostato. Sono quelle fette di pane che si possono tostare, ma noi non le tostiamo
- Paziente: Dono della Buitoni
- Moglie: Mulino Bianco, Buitoni...
- Doc: Buitoni... Ma non potete usare le fette normali?
- Paziente: ehmm...
- Doc: Quelle normali? Fette biscottate?
- Paziente: A me sembrano normali... perché, cosa intende per fette biscottate? Queste non sono fette?
- Doc: Fette biscottate?
- Paziente: Fette
- Doc: Va bene

Esempi di dis/allineamento - Caso 4

- Paziente: Da quando ho iniziato a prendere l'insulina ho perso dieci chili
- Doc: o, devo dirle che non ha perso dieci chili a causa dell'insulina, ma perché il suo diabete non è ancora completamente sotto controllo. Si tratta quindi di un calo di peso non fisiologico, legato al compenso del diabete

Esempi di dis/allineamento - Caso 5

- Doc: Quindi non ha controllato la glicemia dopo cena, è corretto?
- Paziente: Beh... ma questi controlli li faccio più frequentemente al mattino, comunque.
- Doc: Ma perché? L'ultima volta l'infermiera le ha spiegato chiaramente che conoscere l'andamento della glicemia durante tutta la giornata è fondamentale per capire e personalizzare il trattamento. I controlli del mattino sono utili solo in relazione all'andamento dell'intera giornata.

Esempi di dis/allineamento - Caso 6a

- Doc: Il fabbisogno va bene? Ci sono problemi?
- Paziente: Sì, sta andando bene ma... Doc, non faccio più la profilassi...
- Doc: Perché la profilassi non va bene?
- Paziente: Il problema è che mi sono rimasti pochi accessi venosi, quindi cerco di conservare quelli che mi restano per quando ne avrò veramente bisogno. Quando vedo che ho dei lividi, allora capisco che è il momento di farla...
- Doc: Quindi, diciamo che sta facendo una profilassi "personalizzata"
- Paziente: Esatto...
- Doc: Capisco che stia regolando la profilassi. Deve però rendersi conto che, non essendo protetto dal farmaco, finisce per muoversi sempre meno: magari rinuncia a fare certe cose, non ha la tranquillità di fare qualcosa in più. Non sto dicendo che debba fare la profilassi tre volte a settimana, perché sappiamo che ogni paziente ha il suo regime ottimale; tuttavia, questo non significa rinunciare alla profilassi.

Esempi di dis/allineamento - Caso 6b

- Paziente: Allora, Doc, invece di fare 3000 unità tre volte a settimana, potremmo farne 3000 due volte a settimana.
- Doc: Penso che questo sia il minimo indispensabile per una persona come lei, che ha ancora uno stile di vita attivo.
- Paziente: Sì, assolutamente, ho bisogno di andare al lavoro. Quindi possiamo fare così: 3000 unità due volte a settimana
- (Parlano di altro)
- Doc: Ok, allora. Proviamo a fare la profilassi due volte alla settimana?
- Paziente: Ci proverò, Doc

Conclusioni

- I problemi comunicativi non nascono solo da parole sbagliate, ma da sfondi comuni non condivisi
 - Paziente e professionista possono:
 - sapere le stesse cose
 - ma attribuire loro valori, pesi e priorità diverse
 - La competenza comunicativa in ambito sanitario consiste nel:
 - riconoscere i disallineamenti
 - renderli visibili
 - negoziare criteri e obiettivi
 - Ogni interazione è un'occasione per costruire o perdere terreno comune

Conclusioni

Partecipa a questo evento Wooclap



Durante un incontro con un paziente, qual è secondo te la fonte più frequente di incomprensioni?

Ripensando agli esempi visti: su cosa ti piacerebbe lavorare di più nella tua comunicazione?



1

Vai a wooclap.com

2

Immettere il codice dell'evento
nel banner superiore

Codice evento
OSRJZP